

Präventionsbericht 2012

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2011



In Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene

AOK-Bundesverband, Berlin

BKK Bundesverband, Essen

IKK e.V., Berlin

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Kassel

Knappschaft, Bochum

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

Impressum

Autoren:

Nadine Schempp, Caroline Jung, Jan Seidel, Dr. Harald Strippel M.Sc.
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)

Herausgeber:

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)
Theodor-Althoff-Straße 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de

GKV-Spitzenverband

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Mittelstraße 51
10117 Berlin

Telefon: 030 206 288-0
Telefax: 030 206 288-88
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de

Umschlaggestaltung:

BestPage Kommunikation RheinRuhr KG
45481 Mülheim an der Ruhr

Titelfoto:

fotolia/Christian Schwier

Herstellung und Druck:

das druckhaus
print & neue medien
41352 Korschenbroich

Dezember 2012

Präventionsbericht 2012

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung

– Berichtsjahr 2011 –

GKV-Spitzenverband, Berlin

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), Essen

Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene:



————— AOK-Bundesverband, Berlin



————— BKK Bundesverband, Essen



— Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen, Berlin



— Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Kassel



KNAPPSCHAFT ————— Knappschaft, Bochum



————— Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

Vorwort

Bereits zum elften Mal dokumentieren die gesetzlichen Krankenkassen mit dem vorliegenden Präventionsbericht 2012 ihre Leistungen in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung.

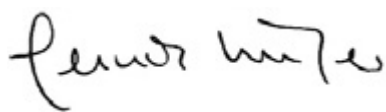
Das Berichtsjahr 2011 zeigt erneut ein stärkeres Engagement der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung, eine stabile lebensweltbezogene Gesundheitsförderung sowie einen anhaltenden Rückgang bei rein verhaltenspräventiven Kursangeboten für Versicherte. Während Individualangebote nur auf die Verhaltensänderung einzelner Versicherter abzielen, haben Angebote, die in die Arbeits- und Lebenswelt der Menschen hineinzielen, ein sehr viel größeres Potenzial. Sie können sowohl die Verhältnisse verändern als auch das Verhalten Einzelner.

Einen inhaltlichen Schwerpunkt legt der aktuelle Präventionsbericht diesmal auf die psychische Gesundheit. Anhand verschiedener Beispiele zeigt der Bericht die Bandbreite der Kassenangebote zur Stärkung der psychischen Gesundheit, von der betrieblichen Gesundheitsförderung über die lebensweltbezogene Prävention, bis hin zu Kursangeboten für besondere Zielgruppen. Die betriebliche Gesundheitsförderung stellt beispielsweise erfolgreich auf die psychische Gesundheit älterer Arbeitnehmer ab. Die Zahl derjenigen, die an Maßnahmen zur Bewältigung psychischer Belastungen teilnahmen, konnte erheblich gesteigert werden. Wie bereits erwähnt, ist Gesundheitsförderung besonders wirksam, wenn sie in den Lebenswelten der Menschen verankert wird, also in Stadtteilen oder Schulen, den so genannten Settings. Mit Aktivitäten im Setting-Ansatz haben die Krankenkassen im Berichtsjahr einen hohen Betreuungsgrad der Bildungseinrichtungen – insbesondere im Vorschulbereich – erreicht.

Inhaltlich spielen hier neben den klassischen Themen Bewegungsförderung und gesundheitsgerechte Ernährung, Aktivitäten zum Umgang mit Stress, zum gesundheitsgerechten Umgang miteinander und zur Stärkung psychischer Ressourcen eine wichtige Rolle.

Auch wenn Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung im Vergleich zu anderen Leistungsbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung relativ klein sind, wird ihre Bedeutung sehr hoch eingeschätzt. So investiert die gesetzliche Krankenversicherung mit 3,87 Euro je Versicherten freiwillig deutlich mehr in diesen Bereich, als sie soll. Denn der gesetzliche Ausgabenrichtwert für das Jahr 2011 liegt bei 2,86 Euro. Dieses finanzielle Engagement sowie die hohe Qualität und Nachhaltigkeit der Gesundheitsförderung, die der Bericht 2012 dokumentiert, zeigen: Prävention und Gesundheitsförderung sind unverzichtbarer Bestandteil des Leistungskanons der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitsförderung jedoch allein als Aufgabe bei der gesetzlichen Krankenversicherung zu verankern, würde zu kurz greifen. Auch das wird in dem aktuellen Bericht deutlich. Um eine breite gesellschaftliche Wirkung zu erreichen, müssen gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen geschaffen werden. Dies bedarf der Zusammenarbeit aller daran beteiligten Akteure der Gesellschaft – also auch der Länder, Kommunen, Arbeitgeber und Einrichtungsträger.

Für die vielfältigen Aktivitäten in der Gesundheitsförderung und für die sorgfältige Dokumentation danken wir den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller Krankenkassen. Gleichfalls sei den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene für die Koordination der Datenerhebung gedankt.



Gernot Kiefer
Vorstand
GKV-Spitzenverband, Berlin



Dr. Peter Pick
Geschäftsführer
MDS, Essen

Anmerkung:

Um die Lesbarkeit des Textes zu verbessern, wurde durchgängig darauf verzichtet, bei Berufs- und Personenbezeichnungen sowohl die männliche als auch die weibliche Form zu verwenden. Wenn also die männliche Form verwendet wird, schließt dies die weibliche mit ein.

Inhalt

Zusammenfassung	9
1 Highlights	11
1.1 Setting-Ansatz: Hoher Betreuungsgrad in Bildungseinrichtungen und weiter verbesserte Qualität	11
1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung ausgebaut	11
1.3 Ausgaben	12
1.4 Psychische Gesundheit im Fokus	12
2 Einleitung	13
2.1 Gesetzliche Regelungen	13
2.2 Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention	13
2.3 Begriffsbestimmung: Setting, individuelle Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung	15
3 Erhebungsmethode, Auswertung und Veröffentlichung	17
4 Praxisbeispiele: Förderung der psychischen Gesundheit	19
4.1 Praxisbeispiele zur Förderung der psychischen Gesundheit in der betrieblichen Gesundheitsförderung	19
4.2 Praxisbeispiele zur Förderung der psychischen Gesundheit im Setting-Ansatz	22
4.3 Weitere Praxisbeispiele zur Förderung der psychischen Gesundheit	22
5 Wichtige Kennziffern	23
5.1 Projekte, Settings, Personen, Betriebe	23
5.2 Ausgaben	24
5.3 Inanspruchnahme nach Geschlecht	25
6 GKV-Präventionsziele	27
6.1 Erreichungsgrad der aktuellen GKV-Präventionsziele	27
6.1.1 Setting-Ansatz	27
6.1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung	29
6.2 Neue Präventionsziele 2013 bis 2018	30
7 Setting-Ansatz	33
7.1 Allgemeine Daten	33
7.1.1 Anzahl und Verteilung der Settings	34
7.1.2 Betreuungsgrad	35
7.1.3 „Soziale Brennpunkte“	35
7.1.4 Anzahl der Settings nach Bundesländern	37
7.2 Erreichte Personen	38
7.3 Erreichte Personen nach Settings	39
7.3.1 Erreichte Personen nach Bundesländern	40
7.4 Projektlaufzeit	41
7.4.1 Projektlaufzeit nach Settings	42
7.5 Zielgruppen	43
7.5.1 Zielgruppen nach Settings	44
7.6 Kooperationspartner	46
7.7 Koordination und Steuerung	47

7.8	Bedarfsermittlung	49
7.8.1	Bedarfsermittlung nach Vorhandensein von Steuerungsstrukturen	50
7.9	Gesundheitszirkel	51
7.9.1	Gesundheitszirkel nach Settings	52
7.10	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	53
7.10.1	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Settings	54
7.10.2	Interventionen nach Vorhandensein von Steuerungsstrukturen	56
7.11	Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten	57
7.11.1	Verhaltens- bzw. verhältnisbezogene Aktivitäten nach Settings	58
7.11.2	Art der verhältnisbezogenen Umgestaltung	59
7.12	Erfolgskontrollen	59
7.12.1	Erfolgskontrollen nach Settings	60
7.12.2	Inhalte der Erfolgskontrollen	61
7.12.3	Erfolgskontrolle nach Vorhandensein von Steuerungsstrukturen	62
8	Individueller Ansatz	63
8.1	Inanspruchnahme	64
8.2	Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern	64
8.3	Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht	66
8.3.1	Alter	66
8.3.2	Geschlecht	69
8.3.3	Leistungsanbieter	70
9	Betriebliche Gesundheitsförderung	71
9.1	Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung	72
9.2	Branchen	73
9.3	Anzahl der Standorte und Betriebe	73
9.3.1	Erreichungsgrad von Betrieben mit hohem Anteil an Beschäftigten ohne Berufsausbildung	74
9.3.2	Standorte und Betriebe nach Bundesländern	74
9.4	Betriebsgröße	75
9.4.1	Betriebsgröße nach Branchen	76
9.5	Projektlaufzeit	76
9.5.1	Projektlaufzeit nach Branche	78
9.5.2	Projektlaufzeit nach Betriebsgröße	79
9.6	Erreichte Personen	80
9.6.1	Erreichte Personen nach Branche	81
9.6.2	Erreichungsgrad nach Geschlecht	82
9.6.3	Erreichte Personen nach Bundesländern	84
9.7	Zielgruppen	85
9.7.1	Zielgruppen nach Branchen	86
9.7.2	Zielgruppen nach Betriebsgrößen	87
9.8	Kooperationspartner	88

9.9	Koordination und Steuerung	89
9.10	Bedarfsermittlung	90
9.10.1	Bedarfsermittlung nach Vorhandensein einer Steuerungsstruktur	91
9.11	Gesundheitszirkel	92
9.11.1	Gesundheitszirkel nach Branchen	93
9.11.2	Gesundheitszirkel nach Betriebsgrößen	93
9.12	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	94
9.12.1	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Branchen	95
9.13	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Betriebsgrößen	96
9.14	Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	97
9.14.1	Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten nach Branchen	98
9.14.2	Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten nach Betriebsgrößen	98
9.14.3	Intervention nach Vorhandensein einer Steuerungsstruktur	99
9.14.4	Art der Umgestaltung	100
9.15	Erfolgskontrolle	101
9.15.1	Erfolgskontrolle nach Branchen	101
9.15.2	Erfolgskontrolle nach Betriebsgrößen	102
9.15.3	Inhalte der Erfolgskontrollen	103
9.15.4	Erfolgskontrollen nach Vorhandensein einer Steuerungsstruktur	104
10	Empfehlungen und Ausblick	105
11	Anhang	109
	Abbildungsverzeichnis	109
	Tabellenverzeichnis	111
	Dokumentationsbogen S	112
	Auswertungsbogen individueller Ansatz	117
	Dokumentationsbogen B	119
	Tabellenband	124
	Arbeitsgruppe für Datenzusammenführung, Auswertung und Interpretation	124

Zusammenfassung

Der Gesetzgeber hat die Krankenkassen verpflichtet, in ihren Satzungen Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung vorzusehen. Ziel der Leistungen soll sein, den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern und einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu erbringen (§ 20 Abs. 1 SGB V). Des Weiteren sollen die Krankenkassen nach § 20a SGB V betriebliche Gesundheitsförderung betreiben, indem sie Prozesse zur gesundheitsgerechten Gestaltung der betrieblichen Umwelt initiieren und die notwendigen Kompetenzen vermitteln, um die persönliche Gesundheit und Lebensqualität zu verbessern. Im Leitfaden Prävention ist der Rahmen festgelegt, innerhalb dessen die Krankenkassen ihre Präventionsleistungen gestalten können.

Der Präventionsbericht 2012 weist aus, dass die Krankenkassen für die Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung im Berichtsjahr 2011 270 Mio. Euro ausgaben. Je Versicherten sind das 3,87 Euro und damit deutlich mehr als der gesetzlich vorgesehene Orientierungswert für das Jahr 2011 in Höhe von 2,86 Euro. Das zeigt den hohen Stellenwert, den die Krankenkassen der Prävention und Gesundheitsförderung zumessen. Insgesamt erreichten sie mit den Maßnahmen 4,9 Mio. Menschen direkt.

Erreichen von Präventionszielen: Für das Jahr 2008 hat sich die gesetzliche Krankenversicherung erstmals selbst verpflichtet, ihre Präventionsaktivitäten im Setting-Ansatz und der betrieblichen Gesundheitsförderung bundesweit an Zielen auszurichten. Diese sind quantifiziert. Der Präventionsbericht 2012 weist aus, dass über den Gesamtzeitraum hinweg fast alle Ziele erreicht werden konnten. Beispielsweise wurde die Zahl der drei- bis sechsjährigen Kinder, die über Interventionen erreicht wurden, welche sowohl an den Verhältnissen im Setting als auch am Verhalten der Menschen ansetzten und mehrere Themen gleichzeitig bearbeiteten, verdreifacht. In der betrieblichen Gesundheitsförderung stieg z. B. die Zahl der Präventionsmaßnahmen zu Stressbewältigung/Stressmanagement um 100%.

Neue Präventionsziele: Für die Jahre 2013 – 2018 hat sich die gesetzliche Kran-

kenversicherung (GKV) wiederum Ziele gesetzt. Die Präventionsziele beziehen sich auf die Verhütung definierter Erkrankungen, die Gesundheitsförderungsziele auf die Stärkung von Ressourcen. Unter anderem sollen in Haupt-, Förder- und Berufsschulen mehr Steuerungsgremien für die Gesundheitsförderung gebildet und in mehr Betrieben verhältnispräventive Aktivitäten zur Verringerung psychischer Fehlbelastungen unternommen werden.

Setting-Ansatz: Settings sind Lebensräume, in denen Menschen große Teile ihres Lebens verbringen. Im Berichtsjahr 2011 investierten die Krankenkassen 23 Mio. Euro in die Gesundheitsförderung in Settings. Sie beteiligten sich in 22.000 Settings mit Gesundheitsförderungsaktivitäten. Dabei erreichten sie direkt 2,4 Mio. Menschen.

44% der Setting-Maßnahmen fanden in Kindertagesstätten und 18% in Grundschulen statt. In diesen Settings erreichen die Präventionsangebote Kinder aller sozialen Schichten. Die krankenkassengeförderte Gesundheitsförderung und Prävention erfasste 43% aller Kitas in Deutschland. Insgesamt lagen 25% aller Settings in „sozialen Brennpunkten“, also Stadtteilen oder Kommunen, in denen Bewohner stark von Einkommensarmut, Integrationsproblemen und Arbeitslosigkeit betroffen sind. Die durchschnittliche Laufzeit pendelt sich in den letzten vier Berichtsjahren bei etwa 19 Monaten ein und war 2011 mit 27 Monaten im Setting Kommune am längsten. Die Krankenkassen arbeiten mit durchschnittlich drei Kooperationspartnern zusammen, am häufigsten mit Einrichtungen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich und gewerblichen Anbietern bzw. Unternehmen. Durch Entscheidungs- und Steuerungsgremien, welche die Maßnahmen planen, die Durchführung begleiten und diese nachbereiten, zeichneten sich 71% der Projekte aus. Bei 18% der Projekte wurden Gesundheitszirkel eingerichtet. Inhaltlich konzentrierten sich die Aktivitäten auf die Bewegungsförderung (66% der Projekte), auf die Ernährung (59%) und auf Stressreduktion/Entspannung (38%). Erfolgskontrollen gab es bei fast drei Vierteln der Aktivitäten, wobei durchschnittlich fünf Erfolgsparameter gemessen wurden.

Individueller Ansatz: Präventionsangebote der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem „individuellen Ansatz“ richten sich an einzelne Menschen mit dem Ziel, gesundheitsrelevante Kompetenzen zu vermitteln. Die Maßnahmen werden grundsätzlich in Gruppen durchgeführt. Gemessen am Vorjahr ist die Inanspruchnahme um 15% gesunken. Dies ist zumindest teilweise darauf zurückzuführen, dass der „Leitfaden Prävention“, der den leistungsrechtlichen Rahmen setzt, seit dem Jahr 2010 vorsieht, dass der einzelne Versicherte maximal zwei Kurse im Jahr in Anspruch nehmen kann, wobei die Wiederholung gleicher Maßnahmen im Folgejahr ausgeschlossen ist. Die Ausgaben betragen 204 Mio. Euro. Insgesamt wurden 1,7 Mio. Kursteilnahmen im Jahr 2011 registriert. Bewegungsförderung stand mit 73% der Kurse im Vordergrund, Stressreduktion/Entspannung war bei 20% der Kurse ein Schwerpunkt.

Betriebliche Gesundheitsförderung: Die Krankenkassen unterstützten die betriebliche Gesundheitsförderung im Berichtsjahr mit 42 Mio. Euro. Die Maßnahmen erreichten 6.800 Betriebe, was einer Steigerung um 5% entspricht. Die Zahl der in der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichten Beschäftigten steigerte sich um 19% auf 800.000. Mit 43% fand der größte Anteil der gesundheitsfördernden Maßnahmen in Betrieben des verarbeitenden Gewerbes statt. 5% der betreuten Betriebe hatten einen besonders hohen Anteil an „ungelernten“ Mitarbeitern. Am stärksten sind die Unternehmen von 100 bis unter 500 Mitarbeitern an der betrieblichen Gesundheitsförderung beteiligt. Die durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten steigerte sich um 22% und erreichte nunmehr 36 Monate. Besonders lange Laufzeiten fanden sich sowohl in Kleinbetrieben von bis zu neun Beschäftigten als auch in Großbetrieben mit über 1.500 Beschäftigten. Die Angebote richteten sich häufiger an Mitarbeiter der oberen und mittleren Leitungsebene (24% bzw. 26%) als an Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung (15%). Daraus lässt sich schließen, dass Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe aufgefasst und anerkannt wird.

Im Berichtsjahr 2011 hat die Zahl der eingerichteten Gesundheitszirkel um gut ein Drittel zugenommen. Mittlerweile kom-

men bei 25% der Projekte Gesundheitszirkel zur Anwendung.

Als Inhalte der Gesundheitsförderung standen die Reduktion körperlicher Belastungen mit 76%, das Stressmanagement mit 47% und die gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung mit 35% im Vordergrund. Bei den beiden letztgenannten war eine Zunahme zu verzeichnen. Sowohl auf das Verhalten als auch auf die Verhältnisse bezogene Aktivitäten umfassten 58% der Projekte, aber auch rein verhaltensbezogene Aktivitäten kamen mit 36% häufig vor. Bei 75% der Projekte wurden Erfolgskontrollen durchgeführt, oder waren geplant.

Empfehlungen und Ausblick: Für den Setting-Ansatz lässt der Präventionsbericht 2012 noch Ausbaupotenzial erkennen. Zu empfehlen ist, wieder verstärkt Hauptschulen einzubeziehen, mit dem Engagement in den Kitas nicht nachzulassen und auch weitere Partnerschaften z. B. mit Kommunen einzugehen. Auch die betriebliche Gesundheitsförderung sollte weiter verstärkt werden.

Für die Jahre 2013 bis 2018 sollten die Krankenkassenaktivitäten insbesondere an den neu formulierten Präventionszielen ausgerichtet werden. Haupt-, Förder- und Berufsschulen sollen dabei besonders in den Blick genommen werden. In der betrieblichen Gesundheitsförderung geht es dabei um Maßnahmen zur Verhütung von Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie von psychischen und Verhaltensstörungen und um verschiedene Maßnahmen zur Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale der Arbeitswelt. Des Weiteren setzen die Eckpunkte der GKV zu Prävention und Gesundheitsförderung neue Akzente.

Auf Grundlage der Eckpunkte werden die Krankenkassen ihr Engagement in der Primärprävention und der Gesundheitsförderung weiter entwickeln. Sie laden die Verantwortlichen, seien es Betriebsinhaber, Einrichtungsträger oder weitere Partner vor Ort, zur Kooperation ein. Die gesetzliche Krankenversicherung wird sich im politischen Diskussionsprozess weiterhin dafür einsetzen, die Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen verstärkt als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen und in verschiedenen Ressorts und ebenenübergreifend gemeinsam anzugehen.

1 Highlights

1.1 Setting-Ansatz: Hoher Betreuungsgrad in Bildungseinrichtungen und weiter verbesserte Qualität

Im Berichtsjahr 2011 unterstützten die Krankenkassen Aktivitäten in 22.000 Settings. Es konnten hierdurch 2,4 Millionen Menschen direkt erreicht werden.

Die GKV legte den Schwerpunkt ihrer Setting-Aktivitäten auf die Bildungseinrichtungen und insbesondere den Vorschulbereich. 43% aller in Deutschland existierenden Kitas konnten im Rahmen der krankenkassengeförderten Projekte erreicht werden. Von den etwa 31.000 allgemeinbildenden Schulen in Deutschland profitieren etwa 7.500 – ein Viertel – von der Unterstützung durch die Krankenkassen. Das zeigt, dass die GKV mit ihren Gesundheitsförderungsaktivitäten eine Breitenwirkung erreicht, insbesondere bei der jungen Generation.

Im jeweiligen Setting selbst kann ein entscheidungsbefugtes Steuerungsgremium die Qualität der Gesundheitsförderung durch überlegte Schwerpunktsetzung,

gute Planung und verbesserte Koordination maßgeblich beeinflussen. Der Anteil von Projekten mit einem Steuerungsgremium ist im Vergleich zum Vorjahr weiter angestiegen, von 68% auf 71%.

Einen weiteren Qualitätsindikator stellt die Einführung eines Gesundheitszirkels dar, welcher die praktische Umsetzung der Maßnahme begleitet und Verbesserungsvorschläge generiert. Der Anteil der Projekte mit mindestens einem Gesundheitszirkel war im Jahr zuvor auf 13% zurückgegangen, im Berichtsjahr 2011 konnte der Anteil wieder auf 18% gesteigert werden.

Bei 75% der Projekte wurden verschiedene Kooperationspartner eingebunden. Am häufigsten waren es Partner aus Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen sowie gewerbliche Anbieter der Gesundheitsförderung.

1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung ausgebaut

Die Krankenkassen haben ihre Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung im Jahr 2011 weiter ausgebaut. Sie haben im Jahr 2011 in 5% mehr Betrieben die Gesundheitsförderung unterstützt. Dabei sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung mit 42 Mio. Euro stabil geblieben.

Die Laufzeit eines Projekts kann als ein Indikator für nachhaltiges betriebliches Gesundheitsmanagement angesehen werden. Der steigende Trend bei der Laufzeit setzte sich auch 2011 fort. Die mittlere Laufzeit beträgt inzwischen drei Jahre.

Im Jahr 2011 hat die Zahl der eingerichteten Gesundheitszirkel um gut ein Drittel zugenommen. Mittlerweile kommen bei 25% der Projekte Gesundheitszirkel zur Anwendung. Bei den Projekten mit durchgeführten Gesundheitszirkeln wurden durchschnittlich vier Gesundheitszirkel je Projekt realisiert. Mehrere Ge-

sundheitszirkel in einem Projekt können durch einen Einsatz in unterschiedlichen Arbeits- oder Produktionsbereichen oder an unterschiedlichen Standorten, die durch ein Projekt betreut werden, zustande kommen.

Der Anteil von Projekten, die sowohl eine verhältnis- als auch eine verhaltensbezogene Zielrichtung haben, stieg auf 58%. Das kann auch als Qualitätssteigerung interpretiert werden, weil sich die Umgestaltung der Arbeitsbedingungen und die individuelle Verhaltensmodifikation ergänzen und gegenseitig unterstützen.

Erfolgsmessungen sind ein bedeutendes Instrument zur Qualitätskontrolle und zur Weiterentwicklung der Maßnahmen. Bei 75% der Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung setzten die Projektmitarbeiter verschiedene Methoden der Erfolgsmessung ein.

1.3 Ausgaben

Insgesamt gaben die Krankenkassen für die Präventionsmaßnahmen nach dem Setting-Ansatz, dem individuellen Ansatz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung 270 Mio. Euro aus. Umgerechnet auf den einzelnen Versicherten sind das 3,87 Euro.

Damit wurde der gesetzlich vorgesehene Orientierungs-/Ausgabenrichtwert für das Jahr 2011 von 2,86 Euro je Versicherten um 35% übertroffen. Dies zeigt, dass die Krankenkassen der Prävention und Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert beimessen.

1.4 Psychische Gesundheit im Fokus

Psychische Gesundheit befähigt den Einzelnen, die alltäglichen Belastungen des Lebens zu bewältigen, produktiv und wertschöpfend zu arbeiten und seinen Teil für die Gemeinschaft beizutragen (WHO).

Die Tatsache, dass psychische Störungen mittlerweile für zehn Prozent aller Krankheitstage verantwortlich und seit 2000 die Hauptursache für krankheitsbedingte Frühberentungen sind, zeigt die Bedeutung dieses Krankheitsbildes für Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Dies hat die GKV veranlasst, der psychischen Gesundheit besondere Aufmerksamkeit mit gezielten Präventionsmaßnahmen zu widmen. Das hat sich beispielsweise in der inhaltlichen Ausrichtung der betrieblichen Gesundheitsförderung niedergeschlagen.

Nach der Reduktion körperlicher Belastungen mit 76% bilden hierbei das Stressmanagement mit 47% bei einem Zuwachs von 6% und die gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung mit einem Anteil von 35% bei einer Steigerung von 12% wichtige Präventionsaufgaben.

Die Bedeutung der Prävention psychischer Erkrankungen hat sich auch in der Formulierung der seit 2008 Grundlage der Aktivitäten bildenden Präventionsziele niedergeschlagen. Ein Blick auf die Entwicklung der Zielerreichung seit Einführung der Präventionsziele für die betriebliche Gesundheitsförderung (vgl. Kap. 6.1.2) zeigt, dass das Oberziel der

arbeitsweltbezogenen Prävention intensiv verfolgt wird und die Zielerreichung in den drei Teilzielen weit über den Erwartungen liegt.

Präventionsmaßnahmen, die sich mit gesundheitsgerechter Mitarbeiterführung befassen, wurden in diesem Zeitraum um über 50% weiter ausgebaut. Die Maßnahmen zum Stressmanagement konnten verdoppelt werden und die Präventionsmaßnahmen, die eine Reduktion psychischer Belastungen älterer Arbeitnehmer verfolgen, haben einen Zuwachs von über 150% zu verzeichnen.

Die Verfolgung des zweiten Oberziels, der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung, wurde durch die Etablierung vielfältiger Maßnahmen in den Betrieben zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf maßgeblich unterstützt. Hier wurden die Angebote seit dem Jahr 2007 fast verdreifacht.

Auch im Setting-Bereich wird der psychischen Gesundheit verstärkt Aufmerksamkeit gewidmet (vgl. Kap. 7.10). Stressreduktion und Entspannung, gesundheitsgerechter Umgang miteinander sowie Stärkung psychischer Ressourcen waren inhaltliche Ausrichtung bei bis zu 38% der Interventionen.

Eine Übersicht der vielfältigen Maßnahmen der Krankenkassen zur Förderung der psychischen Gesundheit ist in Kapitel 4 anhand einiger Praxisbeispiele dargestellt.

2 Einleitung

Die Einleitung beschreibt die gesetzlichen Rahmenbedingungen, skizziert die im Leitfaden Prävention festgelegten Um-

setzungskriterien und definiert die Begriffe „Setting-Ansatz“, „individueller Ansatz“ und „betriebliche Gesundheitsförderung“.

2.1 Gesetzliche Regelungen

Der Gesetzgeber hat die Krankenkassen in § 20 Abs. 1 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V) beauftragt, in ihrer Satzung Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung vorzusehen. Ziel ist, den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern. Besonders erwähnt wird das weitere Ziel, einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu erbringen.

Nach § 20a SGB V ist die betriebliche Gesundheitsförderung eine Pflichtleistung der Krankenkassen. Diese sollen Prozesse zur gesundheitsgerechten Gestaltung

der betrieblichen Umwelt initiieren und die notwendigen Kompetenzen vermitteln, um die persönliche Gesundheit und Lebensqualität zu verbessern. Dazu sollen sie Angaben zur gesundheitlichen Situation einschließlich der Risiken und Potenziale erheben und Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation entwickeln. In den gesamten Prozess sind die Beteiligten aktiv einzubeziehen. Weil die betriebliche Gesundheitsförderung regelmäßig Versicherte verschiedener Krankenkassen betrifft, sollen die beteiligten Kassen im Regelfall miteinander kooperieren.¹

2.2 Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention

Die GKV hat erstmals im Jahr 2000 eine Handlungsanleitung zu den primärpräventiven Aktivitäten und zur betrieblichen Gesundheitsförderung verfasst: den Leitfaden Prävention². Eine beratende Kommission unabhängiger Experten unterstützt die GKV dabei, den Leitfaden weiterzuentwickeln.

Maßnahmen, die eine Krankenkasse fördert, müssen bestimmten Qualitätskriterien entsprechen. Diese Qualitätskriterien sind im Leitfaden Prävention für jedes der vier Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Stressreduktion/Entspannung und Suchtmittelkonsum definiert. Hierzu werden die Handlungsfelder in einzelne Präventionsprinzipien differenziert, z. B. das Handlungsfeld Suchtmittelkonsum in „Förderung des Nichtrauchens“ und „Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums“.

Jede Krankenkasse hat dementsprechend zu prüfen, ob eine geplante Maßnahme die Kriterien des Leitfadens erfüllt. Maßnahmen, die nicht den im Leitfaden dargestellten Handlungsfeldern und Kriterien entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht im Rahmen von § 20 und § 20a SGB V durchgeführt oder gefördert werden. Damit ist jede Krankenkasse in der Gestaltung ihrer Leistungen auf den vom Leitfaden Prävention vorgegebenen Rahmen verpflichtet, kann aber die Leistungen innerhalb dieser Grenzen frei gestalten.

Der Leitfaden bildet das zentrale Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung. Die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen sowie aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse werden kontinuierlich integriert. Die diesem Präventionsbericht zugrundeliegende Fassung des Leitfadens stammt vom 27. August 2010.

¹ Deutscher Bundestag: Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Drucksache 16/3100. 16. Wahlperiode, 24.10.2006. Begründung. dip.bundestag.de/btd/16/031/1603100.pdf

² GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene: Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. Berlin, 2010

§§ 20 und 20a SGB V (Auszug)

§ 20 Primärprävention

(1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.

(2) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 und nach den §§ 20a und 20b sollen insgesamt im Jahr 2006 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 2,74 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV anzupassen.

§ 20a Betriebliche Gesundheitsförderung

(1) Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen. § 20 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.

(2) Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger zusammen. Sie können Aufgaben nach Absatz 1 durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften (Beauftragte) mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen und sollen bei der Aufgabenwahrnehmung mit anderen Krankenkassen zusammenarbeiten. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 SGB X und § 219 gelten entsprechend.

2.3 Begriffsbestimmung: Setting, individuelle Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung

Der vorliegende Bericht folgt den Begriffsbestimmungen, die der Leitfaden Prävention vorgenommen hat. Danach werden die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention in drei Ansätze gegliedert: Setting-Ansatz, individueller Ansatz und betriebliche Gesundheitsförderung.

Settings sind die Lebenswelten der Menschen, zum Beispiel Kindergärten, Schulen, Stadtteile, Senioreneinrichtungen und Treffpunkte von Menschen mit Migrationshintergrund.³ Dort lassen sich auch Menschen erreichen, die von sich aus keine individuellen präventiven Kursangebote aufsuchen.

Einrichtungen entsprechen einem Setting. So ist beispielsweise jede Schule für sich ein einzelnes Setting.

Des Weiteren wird Prävention in zwei Strategien gegliedert: Verhaltensprävention und Verhältnisprävention. Die Verhaltensprävention ist darauf ausgerichtet, gesundheitsgefährdende Gewohnheiten zu verändern und gesundheitsgerechte Verhaltensweisen zu fördern. Die Verhältnisprävention dagegen versucht die orga-

nisatorischen und sozialen Bedingungen des Umfeldes und der Umwelt in der Weise zu verändern, dass Risiken für die Entstehung von Erkrankungen minimiert und zugleich Ressourcen für die Gesunderhaltung gefördert werden. Verhaltens- und Verhältnisprävention sollten sich gegenseitig ergänzen, um eine größtmögliche Wirksamkeit zu entfalten.

Bei Angeboten nach dem individuellen Ansatz handelt es sich um Kurs- und Seminarangebote, die primär auf das individuelle Gesundheitsverhalten der Versicherten ausgerichtet sind. Die Krankenkassen beraten ihre Versicherten anlassbezogen, um ihnen Kurse zu vermitteln, die auf ihren Bedarf ausgerichtet sind.

Die betriebliche Gesundheitsförderung umfasst genau genommen ein spezielles Setting, nämlich den Arbeitsort von Menschen. Auch hier sind beide Präventionsstrategien wichtig, zum einen das Schaffen von gesundheitsgerechten Arbeitsbedingungen und zum anderen das Hinwirken auf gesundheitsförderliches Verhalten der Berufstätigen.

³ Settings sind Lebensbereiche, in denen Menschen einen Großteil ihrer Zeit verbringen. Nach dieser Definition ist auch die Arbeitsstätte – der Betrieb – ein Setting. Der Gesetzgeber grenzt jedoch in § 20a SGB V den Begriff „betriebliche Gesundheitsförderung“ speziell ab und formuliert andere leistungsrechtliche Vorgaben. Diesen Vorgaben folgt der Präventionsbericht.

3 Erhebungsmethode, Auswertung und Veröffentlichung

Grundlage für den Präventionsbericht bilden die Dokumentationsbögen der Krankenkassen für a) Settings und b) die betriebliche Gesundheitsförderung. Ein Dokumentationsbogen dokumentiert alle Aktivitäten zu einem „Projekt“. Im vorliegenden Präventionsbericht werden die Begriffe „Projekt“ und „Dokumentationsbogen“ synonym verwendet. Ein „Projekt“ kann seinerseits in mehreren Einrichtungen bzw. Betrieben durchgeführt werden.

Für die Angaben zu den individuellen Präventionskursen erfassen die Krankenkassen die Daten über die Teilnehmer der individuellen Gesundheitsförderung in ihrer kasseneigenen EDV.

Die einzelnen Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene führen die Daten der Mitgliedskassen zusammen und leiten die Daten ihres Kassensystems an den MDS weiter.

Der MDS führt die Datensätze endgültig zusammen, nimmt Fehlerkorrekturen vor,

bereitet die Daten auf und analysiert die Ergebnisse.

Im vorangehenden Berichtsjahr 2010 wurden neue Dokumentationsbögen eingeführt. Zum Teil verwenden die Krankenkassen aber auch weiterhin die „alten“ Dokumentationsbögen. Analysen der neu hinzugekommenen Elemente der Erhebung, beispielsweise die Aufteilung nach Bundesländern, basieren aus diesem Grund nicht auf den gesamten Daten, sondern auf einer kleineren Grundgesamtheit.

Die Dokumentationsbögen und detaillierte Ausfüllanweisungen stehen den Krankenkassen auf der Homepage des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) zum Download zur Verfügung.⁴ Dort stellt der MDS den Präventionsbericht selbst sowie den Tabellenband mit zusätzlichen Datenauswertungen zur Verfügung.

⁴ http://www.mds-ev.de/Dokumente_Formulare_Gesundheit.htm

4 Praxisbeispiele: Förderung der psychischen Gesundheit

Die Krankenkassen haben ihre Aktivitäten zur Förderung der psychischen Gesundheit in Betrieben in den letzten Jahren ausgebaut. Sie tragen damit dem steigenden Bedarf auf diesem Feld Rechnung: Mittlerweile sind zehn Prozent aller Krankheitstage und über ein Drittel aller vorzeitigen Berentungen durch psychische Störungen bedingt.⁵ Die Betriebe benötigen konkrete Lösungsvorschläge, wie neben der physischen auch die psychische Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhalten und gestärkt werden kann. Dieser Wunsch ist umso drängender, als die hohen und tendenziell steigenden Anforderungen an Präzision, Schnelligkeit und Flexibilität auf sich schnell wandelnden Märkten von alternen- und tendenziell kleiner werdenden Belegschaften zu erfüllen sind.

Die GKV hat sich daher verpflichtet, verstärkt in die Prävention psychischer Störungen und Verhaltensstörungen zu investieren. Die neu gefassten Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV für die Jahre 2013 – 2018 sollen

dazu beitragen, die Leistungen der Krankenkassen u. a. auf diesen Schwerpunkt zu orientieren. Die folgende Übersicht zeigt einen Ausschnitt möglicher und sinnvoller Ansätze auf diesem Feld: Entspannungs- und Stressbewältigungstrainings können die psychischen Ressourcen und Kompetenzen von Beschäftigten wirksam fördern. Führungskräftebildungen und arbeitsorganisatorische Maßnahmen tragen zu einem gesundheitsförderlichem Klima und einem Abbau psychischer Fehlbelastungen bei. Erfolge sind aber auch davon abhängig, dass und wie der Betrieb selbst sich für die Förderung der psychischen Gesundheit engagiert, Maßnahmen gemeinsam mit den Beschäftigten erarbeitet und für die Gesundheitsförderung im Betrieb nachhaltige Strukturen schafft.

Nicht nur bei betrieblichen Maßnahmen spielt die psychische Gesundheit eine wichtige und wachsende Rolle. Die Praxisbeispiele aus Kindertagesstätten und Schulen zeigen, dass dieses Thema auch für jüngere Altersgruppen von zunehmender Bedeutung ist.

4.1 Praxisbeispiele zur Förderung der psychischen Gesundheit in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Titel des Projektes	Zielgruppe	BGF-Maßnahmen	Partner	Ansprechpartner
Stressprävention bei einem Unternehmen der Branche Verlage und Medien (Burda Direct GmbH)	Mitarbeiter im Customer Service mit Stressbelastung (Bildschirmarbeitsplätze, Telefongesprächen)	Arbeitsplatzprogramm Stressprävention: Wissensvermittlung zu Stressbewältigungsstrategien, praktische Übungen zur individuellen Stressreduktion und Stressvermeidung	Ein Dienstleister für betriebliches Gesundheitsmanagement	DAK-Gesundheit Anne Bischoff E-Mail: anne.bischoff@ dak.de
Gesundheit der Mitarbeiter erhalten und stärken	Führungskräfte und Beschäftigte eines Unternehmens des ÖPNV	Führungskräfte-seminare zum Umgang mit psychisch belasteten Mitarbeitern, Informationsvermittlung und Aktionen zur Bewältigung von Alltagsbelastungen	Innerbetrieblicher Arbeitskreis Gesundheit: Personalentwicklung, Betriebsrat, betriebsärztlicher Dienst, Schwerbehindertenvertretung	Techniker Krankenkasse Wiebke Arps, Thomas Holm E-Mail: wiebke.arps@tk.de thomas.holm@ tk.de

⁵ Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Arbeitswelt im Wandel. Zahlen – Daten – Fakten. Ausgabe 2012. S. 41 (zu AU) und 49 (zu EU-Renten).

Titel des Projektes	Zielgruppe	BGF-Maßnahmen	Partner	Ansprechpartner
Gesund leben und arbeiten im Fortbildungsinstitut für die Pädagogische Praxis (FIPP)	Alle Mitarbeiter in über 50 Einrichtungen (Kitas, Ganztagsbereiche, Einrichtungen der Kinder- und Jugendarbeit)	Einführung eines Gesundheitsmanagements mit Schwerpunkt Mitarbeitergesundheit in Kindertagesstätten und Schulen, Feststellung Ist-Zustand, partizipative Vereinbarung von Gesundheitszielen, Weiterbildungen zu Arbeitsorganisation, Zeit- und Stressmanagement, Generationenkonferenz zur Bewältigung der Auswirkungen des demografischen Wandels	Dienstleister für gesundheitsorientierte Konzepte für Organisationen	IKK Brandenburg und Berlin Iris Spitzner E-Mail: iris.spitzner@ikkbb.de Weitere Informationen unter: www.fippev.de
Förderung psychischer Gesundheit und Stärkung von Gesundheitsressourcen für Pflegekräfte im Haus der Senioren Marktbreit	Pflegekräfte der ambulanten und stationären Altenpflege	Impulsvortrag Stress, Gesundheitszirkel zu Stressmanagement und -prävention für Pflegekräfte, Evaluationszirkel	Haus der Senioren Marktbreit, eine Einrichtung des AWO Bezirksverbandes Unterfranken e. V. Heimleitung, Pflegedienstleitung, Personalrat	AOK Bayern Volker Weißmann E-Mail: volker.weissmann@by.aok.de
Individuelles Stressmanagement bei psychosozialen Belastungen innerhalb eines Logistikdienstleisters	Disponenten (als Schnittstelle zwischen Produktion, Mitarbeitern, Kunden)	Mitarbeiterbefragung, Arbeitsplatzbegehung, Gesundheitszirkel, Erarbeitung und Realisierung eines zweitägigen Seminars zur Reduktion von Stress	Unfallversicherungsträger	Knappschaft Claudia Isabelle Stahlhut E-Mail: claudia.stahlhut@knappschaft.de bgf@knappschaft.de
Umgang mit psychisch auffälligen/erkrankten Mitarbeitern	Führungskräfte	Zweitägige Seminare mit theoretischen Inhalten, praktischen Hilfestellungen, moderierten Gruppendiskussionen und Fallsupervisionen	Stadtverwaltung Brandenburg an der Havel (Personalbereich)	AOK Nordost Anette Baumeister E-Mail: anette.baumeister@nordost.aok.de
Gesunde Kita – Gesundheitschancen für Erzieherinnen	Erzieher/-innen, Kita-Leitung	Den Startpunkt bilden eine eintägige Zukunftswerkstatt und anschließende Arbeitsgruppen mit dem Ziel der Gesundheitsförderung im Berufsalltag; daraus resultierend Angebote der Krankenkassen, u. a. Stressbewältigungsseminare, „Schnupperangebote“ und Kurse für Bewegung und Entspannung	DRK Gem. Gesellschaft zur Förderung der Kinder- und Jugendhilfe mbH Hochschule für angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg Sechs Kitas	Die Schwenninger Krankenkasse Andrea Bahnsen E-Mail: a.bahnsen@Die-Schwenninger.de
Ressourcen- und Stressmanagement für un- und angelernte Belegschaften bei hoher kultureller Diversität (ReSuDi)	Un- und angelernte Belegschaft mit hoher kultureller Verschiedenartigkeit	Organisationsumfassendes Multiplikatorenprogramm, Schulung von Beschäftigten mit verschiedener kultureller Herkunft zu „Peer-Mentoren“ zur Erreichung von Beschäftigten mit geringen/fehlenden Deutschkenntnissen, regelmäßige Interventionstreffen, Schulung von Führungskräften und Projekte zur Arbeitsgestaltung, Workshop zu Prozessbegleitung und Unterstützung für Peer-Mentoren und Führungskräfte	Betriebe Beuth Hochschule für Technik Berlin, Prof. Dietmar Gloede	IKK classic Katja Keller-Landvogt Ruth Wagner E-Mail: ruth.wagner@ikk-classic.de Universität Hamburg Dr. Christine Busch www.resudi.uni-hamburg.de

Titel des Projektes	Zielgruppe	BGF-Maßnahmen	Partner	Ansprechpartner
Erhalt und Förderung psychischer Gesundheit besonders belasteter Berufs- und Funktionsgruppen in Klein- und Kleinstunternehmen (BeFunt)	Betriebsinhaber, Vorarbeiter, Meister, Familienangehörige, auch risikoauffällige Gewerbegruppen des Handwerks	Analyse von Arbeitsprozessen im Vorfeld, Identifizierung von problematischen Prozessen in moderierten Workshops, Entwicklung von Lösungsvorschlägen, Beschluss von Umsetzungsmaßnahmen, Festsetzung von Umsetzungsfristen, Stresskompetenztrainings für Mitarbeiter	Institut für Arbeitssicherheit, Umweltschutz, Gesundheitsförderung und Effizienz Hochschule Niederrhein Dienstleister für betriebliche Zukunftsgestaltung GmbH Zehn Klein-/Kleinstunternehmen	IKK classic Ruth Wagner E-Mail: ruth.wagner@ikk-classic.de Weitere Informationen unter: www.befunt.de
Umgang mit Stress und Belastungssituationen	Alle Beschäftigten, Teilnahme freiwillig	Teil eines Gesamtkonzepts zum betrieblichen Gesundheitsmanagement, Gefährdungsanalyse zur Verhältnisprävention, Kombination mehrerer Interventionsmethoden wie instrumentelles, kognitives und palliativ-regeneratives Stressmanagement und nachhaltige Umsetzung, an Führungskräfte gerichtete Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung	Eine große deutsche Versicherung mit ca. 10.000 Mitarbeitern	Salus BKK Holger Tietz E-Mail: holger.tietz@salus-bkk.de
ProEntspannung im Rahmen der Initiative Gesundheit der BMW Group	Mitarbeiter	Niederschwelliges Angebot zum Erlernen von Entspannungstechniken in Arbeitsplatznähe (z. B. Progressive Muskelentspannung oder Atemtechniken) durch externe Trainer in „Blitzentspannungseinheiten“ von 20 Minuten über zehn Wochen	Ein Unternehmen der Automobilindustrie	BMW BKK Julia Füßl E-Mail: julia.fuessl@bmw.de
Aktiv werden bei Konsum und Sucht am Arbeitsplatz	Alle Beschäftigten eines Unternehmens	Internetportal mit Informationen, Arbeitshilfen und Praxisbeispielen sowie Verlinkungen zu Beratungsangeboten und Ansprechpartnern. Plattform als niedrigschwelliger Zugang für (Klein-/Kleinst-) Unternehmen zu Maßnahmen der Suchtprävention	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)	BARMER GEK Andrea Jakob-Pannier E-Mail: andrea.jakob-pannier@barmer-gek.de www.sucht-am-arbeitsplatz.de

4.2 Praxisbeispiele zur Förderung der psychischen Gesundheit im Setting-Ansatz

Titel des Projektes	Zielgruppe	Setting-Maßnahmen	Partner	Ansprechpartner
Tiger-Kids – Kindergarten aktiv (Entspannungsmodul)	Kita-Team, Kinder, Eltern	Workshops für Erzieher (Theorie und Praxis von Entspannungsübungen), Materialien zur Umsetzung des Entspannungsmoduls	Stiftung Kindergesundheit, gefördert durch die Europäische Kommission	Allgemeine Ortskrankenkassen Katrin Zenk E-Mail: katrin.zenk@by.aok.de Weitere Informationen unter: www.tigerkids.de
Mobbingfreie Schule – Gemeinsam Klasse sein!	Schüler der 5. und 7. Klasse, Eltern, Lehrer	„Anti-Mobbing-Koffer“ mit Lehrerschulung zur Behandlung des Themas im Rahmen von Projektwochen	Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung Hamburg Kultusministerien beteiligter Länder	Techniker Krankenkasse York Scheller Jürgen Naujoks E-Mail: york.scheller@tk.de Juergen.naujoks@tk.de
„Verrückt? Na und!“ zur Stärkung der psychischen und sozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland	Schüler/-innen ab der 7. Klasse unter Einbezug insbesondere von Lehrern, Eltern, Schulpsychologen/-pädagoginnen/-sozialarbeitern	Eintägiges Schulprojekt: Begegnung von Schülern mit Menschen, die Erfahrungen mit psychischen Gesundheitsproblemen haben, und solchen, die professionell auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit arbeiten Aufklärungsinitiative: Ausstellung, diverse Medien, Internetportal.	Modellprojekt im Rahmen von gesundheitsziele.de. Verein „Irrsinnig Menschlich“ Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V.	BARMER GEK Andrea Jakob-Pannier E-Mail: andrea.jakob-pannier@barmer-gek.de Weitere Informationen unter: www.verrueckt-na-und.de

4.3 Weitere Praxisbeispiele zur Förderung der psychischen Gesundheit

Titel des Projektes	Zielgruppe	Maßnahme	Partner	Ansprechpartner
InTakt – Gesundheitsinitiative für Frauen	Frauen, die auf dem Land leben	Kompaktangebot (2 x 8 Stunden im Abstand von 12 Wochen) zur Stressbewältigung und zur Prävention von Burn-out	Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit u. Integration Niedersächsischer LandFrauenverband Hannover e. V. LandFrauenverband Weser-Ems e. V.	LKK Niedersachsen-Bremen Grete Janssen E-Mail: grete.janssen@nb.lsv.de
Betriebsübergabe – ein Gesundheitsthema	Männer und Frauen der Land- und Forstwirtschaft vor und während der Betriebsübergabe	Seminar, insbesondere zur psychosozialen Unterstützung und Hilfe zur Selbsthilfe bei der Realisierung der Betriebsübergabe	Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherung Niederbayern/ Oberpfalz und Schwaben Bayerischer Bauernverband Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit	LSV Niedersachsen/ Oberpfalz Michael Holzer E-Mail: holzerm@landshut.lsv.de

5 Wichtige Kennziffern

Einige zentrale Kennziffern beschreiben den Umfang der bundesweiten Aktivitäten der Krankenkassen in der Prävention

und Gesundheitsförderung. Weitere Daten geben Aufschluss über die Ausgaben in diesen Bereichen.

5.1 Projekte, Settings, Personen, Betriebe

Die nachfolgende Tabelle gibt Auskunft über die wesentlichen Strukturparameter im Berichtsjahr 2011 und in den beiden Vorjahren. Die Tabelle weist beispielsweise

aus, dass 2011 mittels 1.111 Dokumentationsbögen über Aktivitäten in 21.642 Settings berichtet wurde.

Tabelle 1: Wichtige Kennziffern

Quelle der Angaben zu den Ausgaben: Statistik KJ 1, endgültige Rechnungsergebnisse für das Jahr 2011. Zur Spalte „Veränderung zum Vorjahr“: Differenzen zwischen den Prozentzahlen zu „Ausgaben je Vers.“ und „Summe der Ausgaben“ sind rundungsbedingt und beeinflusst durch sich verändernde Versichertenzahlen.

Ansatz	2009	2010	2011	Veränderung zum Vorjahr (%) bzw. Dreijahrestrend (↑, →, ↓)
Setting-Ansatz				
Anzahl der Doku-Bögen	1.223	1.213	1.111	-8%
Anzahl der Settings	20.252	30.098	21.642	-28%
Anzahl direkt erreichter Personen**	2.119.016	2.444.429	2.422.723	-1%
Anzahl indirekt erreichter Personen**	4,8 Mio.	6,6 Mio.	6,6 Mio.	↑
Ausgaben je Versicherten (Euro)	0,27	0,33	0,33	0%
Ausgaben je direkt erreichter Person (Euro)	8,88	9,37	9,44	1%
Summe der Ausgaben (Euro)	18.815.502	22.915.000	22.861.953	0%
Individueller Ansatz				
Anzahl direkt erreichter Personen	2.105.409	1.979.366	1.677.853	-15%
Ausgaben je Versicherten (Euro)	3,60	3,40	2,93	-14%
Ausgaben je direkt erreichter Person (Euro)	119,81	119,96	121,67	1%
Summe der Ausgaben (Euro)	252.250.402	237.443.000	204.136.596	-14%
Betriebliche Gesundheitsförderung				
Anzahl der Doku-Bögen	3.693	4.303	4.357	1%
Anzahl der Betriebe	5.353*	6.473*	6.798*	5%
Anzahl direkt erreichter Personen**	621.913	664.604	793.007	19%
Anzahl indirekt erreichter Personen**	0,23 Mio.	0,35 Mio.	0,29 Mio.	↑
Ausgaben je Versicherten (Euro)	0,56	0,60	0,61	2%
Ausgaben je direkt erreichter Person (Euro)	63,48	63,43	53,34	-16%
Summe der Ausgaben (Euro)	39.479.195	42.156.000	42.295.585	0%
Gesamt				
Anzahl der Doku-Bögen	4.916	5.516	5.468	-1%
Anzahl der Settings	20.252	30.098	21.642	-28%
Anzahl der Betriebe	5.353*	6.473*	6.798*	5%
Anzahl direkt erreichter Personen**	4.846.338	5.088.399	4.893.583	-4%
Anzahl indirekt erreichter Personen**	5,0 Mio.	7,0 Mio.	6,9 Mio.	↑
Ausgaben je Versicherten (Euro)	4,44	4,33	3,87	-11%
Ausgaben je direkt erreichter Person (Euro)	64,08	59,45	55,03	-7%
Summe der Ausgaben (Euro)	310.545.099	302.514.000	269.294.134	-11%

* folgende Ausreißerwerte wurden nicht berücksichtigt: 3.000 Betriebe in 2009, 900/2000 Betriebe in 2010 und 2000 Betriebe in 2011

** Schätzung der Krankenkassen

Die Anzahl der Settings hat nach dem sprunghaften Anstieg im Vorjahr wieder abgenommen, die Zahl der erreichten Personen ist jedoch fast konstant geblieben. Im individuellen Ansatz wurden 15% weniger Menschen erreicht. Die Anzahl der Betriebe, die Präventionsmaß-

nahmen durchgeführt haben, ist um 5% gestiegen.

In der Gesamtbetrachtung ist die Zahl der direkt erreichten Personen mit minus 4% leicht rückläufig.

5.2 Ausgaben

Die Ausgaben umfassen neben den direkt zurechenbaren Sachkosten auch anteilig Personalkosten für in den Projekten tätige Krankenkassenmitarbeiter und im Auftrag der Krankenkassen tätige Personen, die z. B. die Konzeption und Umsetzung der Prävention steuern. Zusätzlich zu den GKV-Leistungen bringen die Akteure des jeweiligen Settings selbst einen Anteil an Eigen- oder Drittmitteln in die projektbezogenen Aktivitäten ein.

Die Ausgaben je Versicherten sind im individuellen Ansatz rückläufig (-14%). Diese Entwicklung kann auf den Beschluss der Krankenkassen zurückgeführt werden, dass seit 2010 die Förderung „auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr“ begrenzt ist.⁶ Hierdurch wird eine höhere Breitenwirksamkeit der verfügbaren Mittel erreicht werden.

⁶ GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene: Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. Berlin, 2010, S. 38

5.3 Inanspruchnahme nach Geschlecht

Das Gesundheitsverhalten ist bei Männern und Frauen unterschiedlich ausgeprägt. Dies spiegelt sich in der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten wider. Generell sind Frauen gesundheitsbewusster. Männer sind in der Regel schwerer für Präventionsmaßnahmen zu gewinnen. Sie nehmen eher teil, wenn sie aktiv und als Zugehöriger einer Zielgruppe angesprochen werden; des Weiteren zeigen sie eine Präferenz für Kompaktkurse oder arbeitsplatzbezogene Angebote.

Mit den Dokumentationsbögen wird für jedes einzelne Projekt (= Dokumentationsbogen) differenziert abgefragt, ob sich die Aktivitäten gleichermaßen an beide Geschlechter oder nur an Männer oder Frauen richteten.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Aufschlüsselung der geschlechtsspezifischen

Inanspruchnahme der primärpräventiven GKV-Leistungen. Im Ergebnis erreichten die Krankenkassen im Setting-Ansatz relativ gleichmäßig beide Geschlechter. Frauen nehmen häufiger Kurse und Seminare nach dem individuellen Ansatz in Anspruch als Männer. Über Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden jedoch deutlich mehr Männer erreicht als Frauen. Hier könnte der höhere Anteil der Männer an den Beschäftigten (54%)⁷ eine Rolle spielen. Außerdem richteten sich die Maßnahmen überwiegend an Beschäftigte im verarbeitenden Gewerbe (vgl. Kap. 9), in dem überwiegend Männer tätig sind. Insgesamt erreicht die GKV mit ihren Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen beide Geschlechter über verschiedene Wege.

Tabelle 2: Direkt erreichte Personen nach Geschlecht

Erläuterung: Die Krankenkassenmitarbeiter schätzten die Zahl der erreichten Personen ab

	Setting-Ansatz (Schätzzahlen)		Individueller Ansatz		Betriebl. Gesundheitsf. (Schätzzahlen)		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Weibliche Pers.	1.281.582	53%	1.332.849	79%	310.002	39%	2.924.432	60%
Männliche Pers.	1.133.487	47%	345.004	21%	483.005	61%	1.961.497	40%
Summe	2.415.069	100%	1.677.853	100%	793.007	100%	4.885.929	100%

⁷ Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland, Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort nach Altersgruppen, Stand: 31.12.2011

6 GKV-Präventionsziele

Ab dem Jahr 2008 hat sich die gesetzliche Krankenversicherung erstmals selbst dazu verpflichtet, ihre Präventionsaktivitäten im Setting-Ansatz und der betrieblichen Gesundheitsförderung bundesweit an Zielen auszurichten. Die Zielsetzung soll dazu beitragen, die Leistungen der Krankenkassen auf besonders prioritäre Bereiche und Maßnahmen zu orientieren. Dabei bleibt die Entscheidungsfreiheit der Krankenkassen bei der Mittelverwendung – in dem vom Leitfaden Prävention gesetzten Rahmen – gewahrt. Zum 31. Dezember 2012 endet der Geltungszeitraum der Ziele 2008 – 2012. Für die Folgeperiode 2013 – 2018 wurden die Präventions- und Gesundheitsförderungsziele bereits neu beschlossen.

Die Ziele sind im Allgemeinen nach den beiden Oberzielen „Prävention“ und

„Gesundheitsförderung“ gegliedert. Die Präventionsaktivitäten sind mehr auf Krankheitsverhütung ausgerichtet, gesundheitsfördernde Maßnahmen wollen zur Erhaltung der Gesundheit beitragen. Jedes dieser Ziele ist wiederum in drei Teilziele untergliedert.

Die Teilziele sind quantifiziert und prozessbezogen, damit ihr Erreichungsgrad ermittelt werden kann. So können für die Krankenkassen Anreize gebildet werden, beispielsweise ihre Aktivitäten um einen gewissen Prozentsatz zu steigern oder die Anzahl der zu erreichenden Personen höher zu setzen. Den Krankenkassen vor Ort bleibt die individuelle Ausgestaltung ihrer Maßnahmen freigestellt.

6.1 Erreichungsgrad der aktuellen GKV-Präventionsziele

6.1.1 Setting-Ansatz

Der Erreichungsgrad der Teilziele ist aus der nachfolgenden Tabelle ersichtlich.

Die Teilziele 1 der Prävention und Gesundheitsförderung im Setting-Ansatz („Aufklärungs- und Beratungsangebote für junge Familien und Alleinerziehende“

und „Mitwirkung der Krankenkassen in kommunalen Gremien für Kindergesundheit“) werden im vorliegenden Präventionsbericht nicht geprüft. Grund hierfür ist, dass sich diese Teilziele nicht auf § 20, sondern auf § 1 SGB V beziehen.⁸

⁸ § 1 SGB V: „Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.“

Die Tabelle beschreibt die einzelnen Ziele im Zeitverlauf und vergleicht die Werte in 2011 mit dem „Basisjahres“ 2007, d.h. vor Inkrafttreten der Ziele.

Tabelle 3: Erreichungsgrad der Präventionsziele im Setting-Ansatz

Oberziel Prävention (Teilziel 1 wird nicht im Rahmen des Präventionsberichts erhoben)						
Teilziel 2 Interventionen in Kitas	Basiserhebung 2007	2008	2009	2010	2011	Veränderung 07/11
Zielgruppe: drei- bis sechsjährige Kinder						
Schätzzahl der über multifaktorielle, verhaltens- und gleichzeitig verhältnisbezogene Interventionen in Kitas direkt erreichten Kinder (Ziel: Steigerung um 10 % pro Jahr)	155.938	274.755	333.455	483.340	509.252	227%
Teilziel 3 Interventionen in Schulen						
Zielgruppe: schulpflichtige Kinder und Jugendliche						
Schätzzahl der über multifaktoriell ausgerichtete, verhaltens- und verhältnisbezogene Interventionen direkt erreichten Kinder und Jugendlichen in Grund-, Haupt-, Sonder-, Gesamt-, Real- und Berufsschulen (Steigerung um 5% pro Jahr)	485.395	441.010	816.853	928.745	909.752	87%

Oberziel Gesundheitsförderung (Teilziel 1 wird nicht im Rahmen des Präventionsberichts erhoben)						
Teilziel 2 Steuerungskreise in Kitas	Basiserhebung 2007	2008	2009	2010	2011	Veränderung 07/11
Zielgruppe: drei- bis sechsjährige Kinder						
Anzahl der Kitas mit Steuerungskreisen, an denen mindestens die GKV, Kita-Träger und Elternvertreter beteiligt waren (Ziel: Steigerung um 10% pro Jahr)	153	1.457	696	862	650	325%
Teilziel 3 Steuerungskreise in Schulen						
Zielgruppe: schulpflichtige Kinder und Jugendliche						
Anzahl der Grund-, Haupt-, Sonder-, Gesamt-, Real- und Berufsschulen mit Steuerungskreisen, an denen mindestens die GKV, der Schulträger, die Schulleitung und Lehrerschaft sowie Elternvertreter beteiligt waren (Ziel: Steigerung um 5% pro Jahr)	503	1.313	679	580	141	-72%

Die Ergebnisse zeigen, dass über den Gesamtzeitraum hinweg fast alle Ziele erreicht werden konnten. So wurde beispielsweise die Zahl der Maßnahmen für drei- bis sechsjährige Kinder, welche sowohl an den „Verhältnissen“ als auch am „Verhalten“ ansetzten, und die sich auf mehrere Inhalte wie beispielsweise Ernährung und Bewegung bezogen, verdreifacht.

Die Krankenkassen haben sich vorgenommen, in den Schulen – außer Gymnasien

– mehr Prävention zu betreiben, die sich nicht nur auf das Verhalten, sondern auch auf die Verhältnisse im Setting bezieht. Gleichzeitig sollten diese Maßnahmen mehrere Inhalte bedienen. Im Vergleich zum Basisjahr konnten diese Aktivitäten fast verdoppelt werden.

Ein weiteres Ziel war es, die Anzahl der Maßnahmen in Kitas, bei denen ein Steuerungskreis etabliert wurde und gleichzeitig mindestens die GKV, Kita-Träger und Elternvertreter beteiligt waren, pro Jahr

um 10% zu steigern. Dieses Ziel wurde deutlich übertroffen.

Des Weiteren sollen vermehrt Steuerungskreise eingesetzt werden. Dies sind Gremien, in denen Gesundheitsförderungsmaßnahmen geplant und wichtige Entscheidungen getroffen werden. In den Kitas war es das Ziel, vermehrt Steuerungskreise einzusetzen, bei denen wesentliche Akteure – wie die GKV, Kita-Träger und Elternvertreter – eingebunden sind. Seit der Basiserhebung 2007 konnte diese Anzahl sogar auf mehr als das Vierfache gesteigert werden.

In Schulen war es das Ziel, vermehrt Steuerungskreise mit wesentlichen Akteuren – wie Schulträger, Schulleitung, Lehrerschaft und Elternvertretern – durchzuführen. Das Ziel formuliert eine Reihe komplexer Bedingungen, von denen jede einzelne erfüllt sein muss, damit das Gesamtziel als erreicht gelten kann. In den letzten Jahren schwankten die Zahlen stark. In drei Berichtsjahren konnte die angestrebte Steigerung erreicht werden, im aktuellen Berichtsjahr 2011 dagegen nicht. Das liegt überwiegend darin begründet, dass ein großes Projekt abgeschlossen wurde.

6.1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Oberziele „arbeitsweltbezogene Prävention“ und „arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung“ stehen mit jeweils drei Teilzielen im Mittelpunkt der Krankenkassenaktivitäten in den Betrieben. Die folgende Tabelle zeigt den Entwicklungsverlauf dieser Maßnahmen in den letzten fünf Jahren.

deutlich übertroffen werden konnten. Beispielsweise wurde die Anzahl der Präventionsmaßnahmen zur Stressbewältigung seit der Basiserhebung verdoppelt. Ebenso konnte die Anzahl der Präventionsmaßnahmen zur Stressbewältigung speziell für ältere Arbeitnehmer deutlich gesteigert werden.

Die Ziele beziehen sich auf eine Steigerung der Aktivitäten um mindestens 5% pro Jahr.

Die Anzahl der Betriebe mit speziellen Angeboten zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf konnten seit 2007 sogar fast verdreifacht werden.

Es zeigt sich, dass über den Gesamtzeitraum hinweg alle Ziele erreicht und sogar

Tabelle 4: Erreichungsgrad der Präventionsziele für die betriebliche Gesundheitsförderung

Oberziel: Arbeitsweltbezogene Prävention						
Teilziel 1 Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung	Basiserhebung 2007	2008	2009	2010	2011	Veränderung 07/11
Anzahl betrieblicher Präventionsmaßnahmen (Dokumentationsbögen) mit der inhaltlichen Ausrichtung gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung (Ziel: Steigerung um 5% pro Jahr)	908	1.074	1.212	1.278	1.428	57%
Teilziel 2 Stressbewältigung/Stressmanagement						
Anzahl betrieblicher Präventionsmaßnahmen (Dokumentationsbögen) mit der inhaltlichen Ausrichtung Stressbewältigung/Stressmanagement (Ziel: Steigerung um 5% pro Jahr)	945	1.088	1.535	1.797	1.910	102%
Teilziel 3 Ältere Arbeitnehmer						
Schätzzahl älterer Arbeitnehmer (ab 50 Jahre), die direkt über Präventionsmaßnahmen zur Reduktion psychischer Belastungen erreicht wurden (Ziel: Steigerung um 5% pro Jahr)	35.100	36.743	52.509	85.783	90.185	157%

Oberziel: Arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung						
Teilziel 1 Steuerungskreise	Basiser- hebung 2007	2008	2009	2010	2011	Verän- derung 07/11
Anzahl der Betriebe mit Steuerungskreisen (Ziel: Steigerung um 5% pro Jahr)	2.512	2.706	3.142	6.758	3.998	59%
Teilziel 2 Gesundheitszirkel						
Anzahl der Betriebe, bei denen betriebliche Gesundheitszirkel durchgeführt wurden (Ziel: Steigerung um 5% pro Jahr)	911	1.109	1.399	2.257	1.440	58%
Teilziel 3 Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben						
Anzahl der Betriebe mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Ziel: Steigerung um 5% pro Jahr)	183	180	297	534	500	173%

6.2 Neue Präventionsziele 2013 bis 2018

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat am 5. September 2012 für die Periode 2013 – 2018 neue Präventions- und Gesundheitsförderungsziele beschlossen (s. u.). Die Ziele gliedern sich in Ober- und Teilziele. Wie die aktuell gültigen Ziele sind die Oberziele auf Prävention und Gesundheitsförderung bezogen.

Die Zielauswahl erfolgte gemäß dem von der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) entwickelten Verfahren⁹ unter Zugrundelegung von Ergebnissen des Präventionsberichts. Die Ziele wurden mit der Fachkonferenz Prävention, externen Experten mit Beteiligung der Beratenden Kommission des GKV-Spitzenverbandes sowie den Spitzenorganisationen der Sozialpartner und der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz entwickelt und abgestimmt.

Bei der Umsetzung der Ober- und Teilziele strebt die GKV mit allen Organisationen und Gremien, die sich mit der Entwicklung und Umsetzung nationaler Gesundheitsziele beschäftigen, eine partnerschaftliche Zusammenarbeit an. Die neu gefassten GKV-Ziele sind kompatibel mit bestehenden Ziele-Initiativen wie der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) und dem Nationalen Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ (gesundheitsziele.de). Der Erreichungsgrad der Ziele wird wie bisher kontinuierlich mit Hilfe der kassenartenübergreifenden Dokumentation im Präventionsbericht überprüft.

Der GKV-Spitzenverband empfiehlt den Krankenkassen, die neu gefassten Präventions- und Gesundheitsförderungsziele im Rahmen ihrer Planung der Aktivitäten zu berücksichtigen.

⁹ Bindzius, Fritz, Bödeker, Wolfgang, u. a. (2005): Vorgehensweise bei der Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen. IGA-Report 8. Essen, BKK Bundesverband

Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die Jahre 2013 – 2018

I. Lebensweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsziele

Oberziel lebensweltbezogene Prävention: Verhütung von Krankheiten des Kreislaufsystems (Zielgruppen Kinder und Jugendliche)

Teilziel 1: Die Zahl der mit multifaktoriell ausgerichteten verhaltens- und verhältnispräventiven Aktivitäten erreichten Kinder/Jugendlichen an Haupt-, Förder- und Berufsschulen ist erhöht.

Oberziel lebensweltbezogene Gesundheitsförderung: Ausschöpfung der gesundheitsfördernden Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen

Teilziel 1: Aktive Mitwirkung der Krankenkassen in kommunalen Gremien zur Gesundheitsförderung mit allen verantwortlichen Partnern (z. B. Bündnisse für Kindergesundheit).

Teilziel 2: Zahl und Anteil der Haupt-, Förder- und Berufsschulen mit einem Steuerungsgremium für die Gesundheitsförderung sind erhöht.

II. Arbeitsweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsziele

Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention 1: Verhütung von Muskel-Skelett-Erkrankungen

Teilziel 1.1: Zahl und Anteil der durch Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates mit verhaltens- und verhältnispräventiver Ausrichtung erreichten Betriebe sind erhöht.

Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention 2: Verhütung von psychischen und Verhaltensstörungen.

Teilziel 2.1: Zahl und Anteil der Betriebe mit verhältnispräventiven Aktivitäten zur Verringerung psychischer Fehlbelastungen sind erhöht.

Teilziel 2.2: Zahl und Anteil der Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer „gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung“ sind erhöht.

Teilziel 2.3: Zahl und Anteil der Betriebe mit verhaltensbezogenen Aktivitäten zur „Stressbewältigung am Arbeitsplatz“ sind erhöht.

Oberziel arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung: Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale der Arbeitswelt mit bedarfsgerechter, nachhaltiger und partizipativer betrieblicher Gesundheitsförderung

Teilziel 1: Zahl und Anteil der mit Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichten Betriebe mit bis zu 99 Beschäftigten sind erhöht.

Teilziel 2: Zahl und Anteil der Betriebe mit einem Steuerungsgremium für die betriebliche Gesundheitsförderung unter Einbeziehung der für den Arbeitsschutz zuständigen Akteure sind erhöht.

Teilziel 3: Zahl und Anteil der Betriebe, in denen Gesundheitszirkel durchgeführt werden, sind erhöht.

Teilziel 4: Zahl und Anteil der Betriebe mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben sind erhöht.

7 Setting-Ansatz

Der Mensch verbringt große Teile seines Lebens in bestimmten Lebenswelten. Dies machen sich die Krankenkassen zunutze, wenn es darum geht, Menschen mit Präventionsangeboten zu erreichen. So können auch diejenigen Menschen erreicht werden, die nicht von sich aus individuelle Angebote wahrnehmen. Die Krankenkassen bieten z. B. in Kindertagesstätten, Schulen und Einrichtungen der Altenhilfe Aktivitäten an oder unterstützen gesundheitsfördernde Maßnahmen in Kommunen und Stadtteilen, von denen die dort lebenden Menschen profitieren. Solche Lebensräume werden Settings genannt. Hier können die Krankenkassen auch dazu beitragen, dass die verantwortlichen Akteure das Setting selbst gesundheitsförderlicher gestalten.

Kindertagesstätten und Schulen sind für die Krankenkassen besonders wichtige Settings, da dort junge Menschen erreicht werden. Diese können durch gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen nachhaltig geprägt werden.

Die Kriterien für Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz sind im Leitfaden Prävention der GKV festgelegt.

7.1 Allgemeine Daten

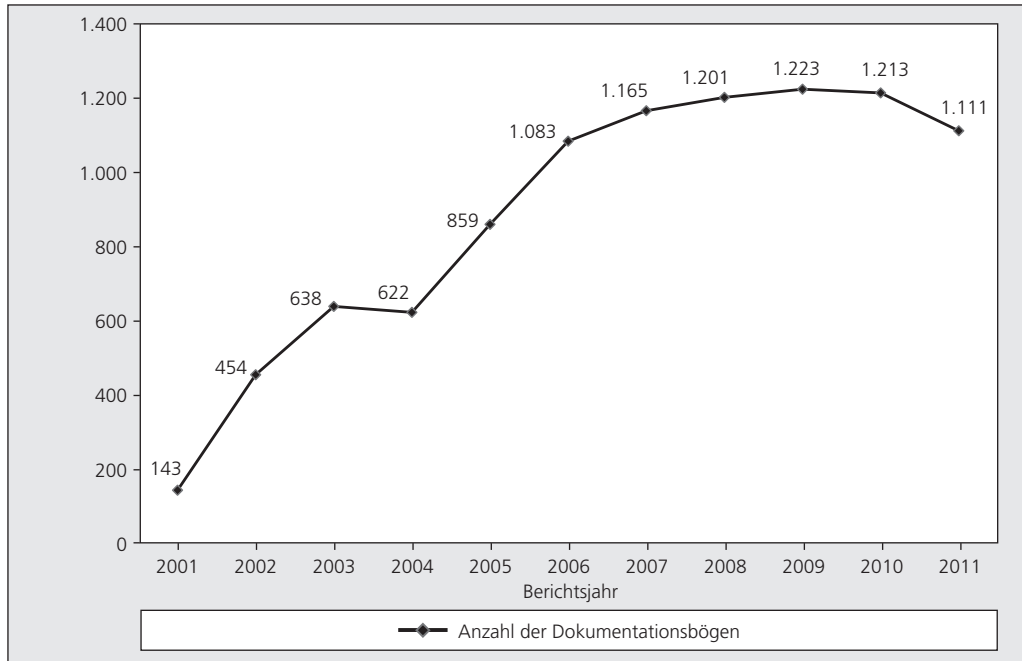
In jeweils mehr als 1.000 Bögen haben die Krankenkassen in den letzten sechs Jahren ihre Aktivitäten dokumentiert. Hierbei fasst ein Bogen mehrere Aktivitäten zusammen, die von den Inhalten und

Unterschiedliche Settings sind unterschiedlich erreichbar und für unterschiedliche Maßnahmen zugänglich. Es bedarf spezifischer Methoden und Inhalte, um zu den jeweiligen Settings Zugang zu erhalten und wirkungsvoll agieren zu können. In diesem Zusammenhang ist interessant, welche Wege und Maßnahmen unter welchen Umständen erfolgreich sind.

Nachfolgend werden Aktivitäten im Setting-Ansatz sowohl insgesamt als auch getrennt nach Art der Settings, nach Vorhandensein der Steuerungsstruktur und nach Bundesländern dargestellt. Sie werden bezüglich ihrer Laufzeit, Zielgruppen, Gesundheitszirkel, inhaltlichen Ausrichtung der Aktivitäten, Häufigkeiten der verhaltens- bzw. verhältnisbezogenen Aktivitäten sowie Erfolgskontrollen beschrieben. Bei den Auswertungen nach Settings werden ausschließlich die Ergebnisse zu den Settings vorgestellt, in denen mindestens 5% aller Projekte stattfanden. Dazu zählen Kindertageseinrichtungen, Schulen aller Schulformen sowie Stadtteile bzw. Orte.

der Struktur her ähnlich sind. Auf diese Weise wird in einem Dokumentationsbogen über Aktivitäten in durchschnittlich 19 Settings berichtet.

Abb. 1: Dokumentationsbögen für den Settingansatz



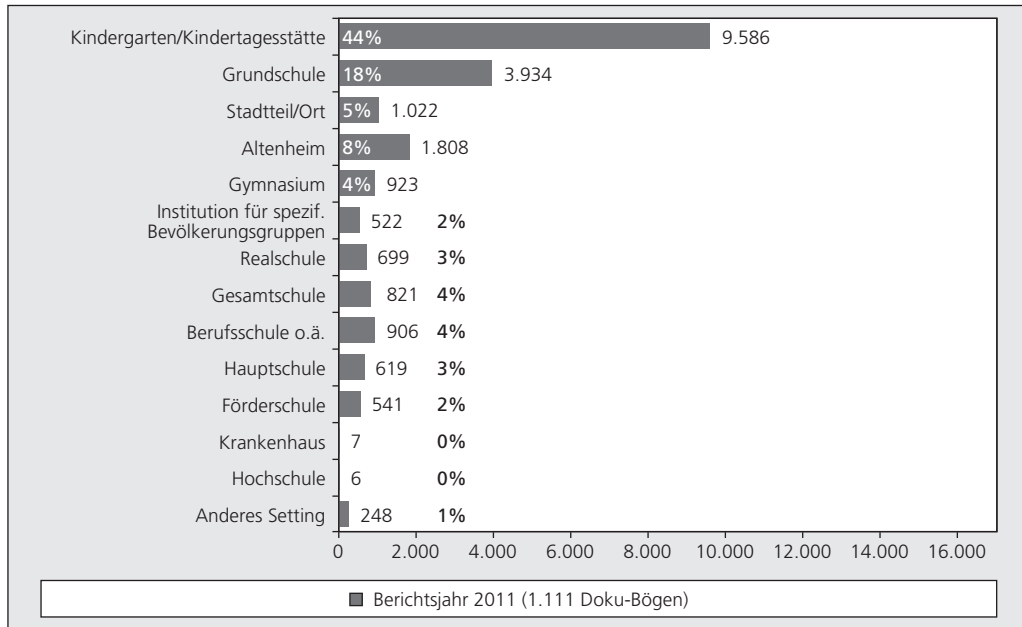
7.1.1 Anzahl und Verteilung der Settings

Die Krankenkassen unterstützten spezifische Gesundheitsförderungsaktivitäten in 21.642 Settings.

Schulen (besonders Grundschulen) durchgeführt. In diesen Settings erreichen die Präventionsangebote Kinder und Jugendliche aller sozialen Schichten.

Am häufigsten wurden dabei Setting-Maßnahmen in Kindertagesstätten und

Abb. 2: Anzahl der Settings



7.1.2 Betreuungsgrad

Am Betreuungsgrad – wie in der nachfolgenden Tabelle ausgewiesen – ist abzulesen, in welchem Umfang die

Krankenkassen die verschiedenen Bildungseinrichtungen in Deutschland mit Setting-Angeboten erreichen.

Tabelle 5: Anteil der betreuten Bildungseinrichtungen an allen Einrichtungen in Deutschland

Quellen: Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Statistik der Tageseinrichtungen für Kinder. Statistisches Bundesamt Deutschland: Allgemeinbildende Schulen, Schulen und Klassen nach Schularten. Berufliche Schulen, Schulen und Klassen nach Schularten. Hochschulen insgesamt. Stand: 01.03.2012

Settings	Anzahl Einrichtungen in Deutschland	Anzahl Einrichtungen mit Präventionsaktivitäten	Betreuungsgrad
Kindergarten/Kindertagesstätte	22.156	9.586	43%
Grundschule	16.290	3.934	24%
Förderschule	3.283	541	16%
Hauptschule	3.730	619	17%
Realschule	2.440	699	29%
Gymnasium	3.099	923	30%
Gesamtschule, Schularten mit mehreren Bildungsgängen	2.502	821	33%
Allgemeinbildende Schulen gesamt	31.344	7.537	24%
Allgemeinbildende Schulen und Kitas gesamt	53.500	17.123	32%
Berufsschulen	8.868	906	10%
Hochschule	421	6	1%

Der Betreuungsgrad ist mit 43% in den Kitas am höchsten. Hauptschulen haben im Vergleich zu den anderen weiterführenden Schulen einen geringeren Betreuungsgrad. Womöglich bedingen derzeit geplante oder diskutierte Hauptschulreformen geringere Kapazitäten für Präventionsmaßnahmen in dieser Schulform.

Die Förderschulen werden ebenfalls in geringerem Umfang betreut. Die dort stattfindenden Aktivitäten zeichnen sich aber durch eine besonders lange Laufzeit aus (vgl. Abschnitt 7.4.1).

7.1.3 „Soziale Brennpunkte“

Dokumentiert wird die Durchführung der Maßnahmen in „sozialen Brennpunkten“. Dabei muss beachtet werden, dass „sozialer Brennpunkt“ kein scharf definierter Begriff ist. Es handelt sich um Wohngebiete, in denen Bewohner stark von Einkommensarmut, Integrationsproblemen und Arbeitslosigkeit betroffen sind und deren soziales Netzwerk eingeschränkt ist.

Der Begriff wurde in der sozialwissenschaftlichen Literatur zunehmend durch Begriffe wie „benachteiligtes Quartier“ oder „Stadtteil mit besonderem Entwicklungsbedarf“ abgelöst. Weil jedoch der

Begriff „sozialer Brennpunkt“ eingeführt und allgemein verständlich ist, verwendet ihn die GKV im Dokumentationsbogen. Dies geschah in Abstimmung mit externen Experten aus der sozialen Ungleichheitsforschung. Als Hinweis auf die Unschärfe der Terminologie ist der Begriff in Anführungszeichen gesetzt.

Welchen prozentualen Anteil haben die „sozialen Brennpunkte“ in Städten und auf dem Land? Sicherlich hängt das von der jeweiligen Definition ab. Im Ruhrgebiet sind 91 von 377 Stadtteilen „Stadtteile mit besonderem Erneuerungsbedarf“, also Quartiere mit niedrigem

sozialen Rang und einem hohen Anteil an Personen mit Migrationshintergrund.¹⁰ Das entspricht 24%. Die Frage nach den „sozialen Brennpunkten“ zielt auf eine sozialräumliche geografische Gliederung ab, nicht jedoch auf ein Sozialschichtmodell („Ober-, Mittel- und Unterschicht“). Die weitaus meisten Setting-Aktivitäten, zu denen gleichzeitig Angaben hinsichtlich der Lage in „sozialen Brennpunkten“

vorlagen, fanden in Kitas statt (Tab. 6). Insgesamt lagen nach Angaben der Krankenkassen 22% der Kitas, in denen Gesundheitsförderung betrieben wurde, in sozialen Brennpunkten. Dieser Wert entspricht in etwa dem oben genannten Vergleichswert von ca. 24%. Das würde eine im Wesentlichen gleichmäßige Verteilung der Aktivitäten bedeuten.

Tabelle 6: Settings in „sozialen Brennpunkten“

Die Tabelle nimmt nur Bezug auf gültige Werte und damit auf die 12.961 Settings, für die gleichzeitig angegeben wurde, ob sie in sozialen Brennpunkten lagen oder nicht.

	Anzahl der Settings (gültige Werte)	Davon in soz. Brennpunkten (gültige Werte)	Anteil Einrichtungen in soz. Brennpunkten
Grundschule	1.240	501	40%
Förderschule	327	94	29%
Hauptschule	526	159	30%
Realschule	515	126	24%
Gymnasium	770	125	16%
Gesamtschule	674	180	27%
Berufsschule o.ä.	75	29	39%
Hochschule	0	0	-
Kindergarten/Kindertagesstätte	8.071	1.787	22%
Stadtteil/Ort	296	116	39%
Inst. für spez. Bevölkerungsgruppen	70	53	76%
Altenheim	350	43	12%
Krankenhaus	0	0	0%
Anderes Setting	47	18	38%
Gesamt	12.961	3.231	25%

Der Anteil „sozialer Brennpunkte“ an allen Settings „Stadtteil/Ort“ lag bei 39%. Es wird deutlich, dass eine besondere Stärke der Gesundheitsförderung in diesem Setting im Erreichen sozial benachteiligter Menschen liegt.

Für die Grundschulen gaben die Krankenkassen-Mitarbeiter mit 40% eine vergleichbar häufige Lage in sozialen Brennpunkten an. Hier ist zu vermuten, dass

eine gezielte Auswahl der Grundschulen im Sinne einer Bedarfsorientierung der Primärprävention stattgefunden hat.

Insgesamt ist zu folgern, dass der Anspruch des Gesetzgebers, mit den krankenkassengeförderten Aktivitäten „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen [zu] erbringen“, im Setting-Ansatz erfüllt wird.

¹⁰ Strohmeier KP: Sozialraumanalyse. In: Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung des Landes Nordrhein-Westfalen: Raumbewertungssysteme als Instrumente der integrierten Stadt-(teil)entwicklung. Dortmund 2003, 22 – 33

7.1.4 Anzahl der Settings nach Bundesländern

Projekte, die bundesweit – über alle Länder hinweg – ausgerichtet waren, haben erwartungsgemäß viel mehr Einrichtungen je Projekt betreut als Projekte, die sich auf einzelne Bundesländer beschränkten. In den vier bundesweiten Projekten wurden insgesamt 1.624 Settings betreut, was einer überdurchschnittlich hohen Anzahl von 406 Settings je Projekt entspricht.

In den einzelnen Bundesländern differiert die Zahl der je Dokumentationsbogen gemeldeten Settings stark. Das zeigt die große inhaltliche und organisatorische Bandbreite der Aktivitäten der Krankenkassen, ohne dass dies Aussagen zur Qualität der durchgeführten Maßnahmen erlauben würde.

Tabelle 7: Anzahl der Settings nach Bundesländern

(Mehrfachnennungen möglich)

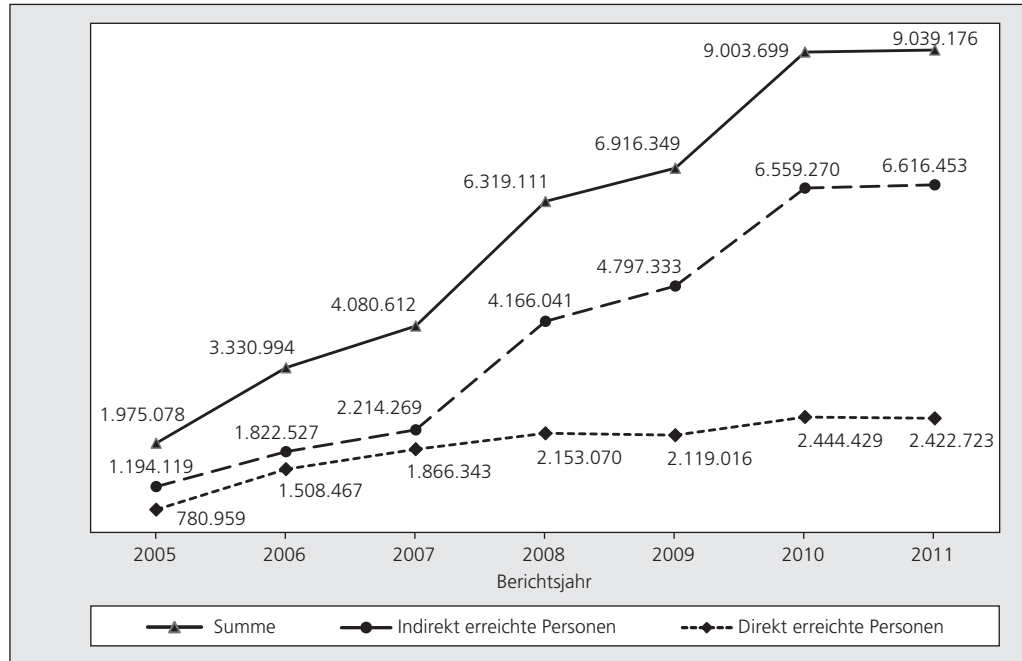
	Anzahl Projekte (= Dokumentationsbögen)	Anzahl Settings	Mittlere Anzahl der Settings je Projekt
Bundesweite Projekte (über alle Länder hinweg)	4	1.624	406
Baden-Württemberg	85	3.265	38
Bayern	228	3.125	14
Bremen	3	22	7
Berlin	44	1.869	42
Brandenburg	19	1.137	60
Hamburg	22	4.426	201
Hessen	58	2.384	41
Mecklenburg-Vorpommern	55	902	16
Niedersachsen	51	740	15
Nordrhein-Westfalen	200	10.593	53
Rheinland-Pfalz	43	813	19
Saarland	25	53	2
Sachsen	53	1.257	24
Sachsen-Anhalt	50	231	5
Schleswig-Holstein	82	4.032	49
Thüringen	100	1.307	13

7.2 Erreichte Personen

Durch unterschiedliche Präventionsmaßnahmen im Setting-Ansatz können Menschen sowohl direkt als auch indirekt erreicht werden. Die Anzahl der direkt erreichten Personen ist relativ exakt zu ermitteln, da es sich um die Teilnehmer an gesundheitsbezogenen Veranstaltungen und Maßnahmen handelt. Das sind zum Beispiel Schüler und Lehrer oder an Elternabenden teilnehmende Eltern. Die

Anzahl der indirekt erreichten Personen ist dagegen weniger exakt schätzbar. Es ist nicht zuverlässig feststellbar, wie viele Menschen beispielsweise dadurch erreicht werden, dass die Teilnehmer die in einer Maßnahme gewonnenen Informationen weitergeben. Aus diesem Grund liegt der Fokus im Präventionsbericht vor allem auf den direkt erreichten Personen.

Abb. 3: Erreichte Personen



Im Vergleich zum Vorjahr blieb die Zahl der direkt erreichten Personen auf einem konstant hohen Niveau. Auch bei den in-

direkt erreichten Personen gab es nur minimale Veränderungen.

7.3 Erreichte Personen nach Settings

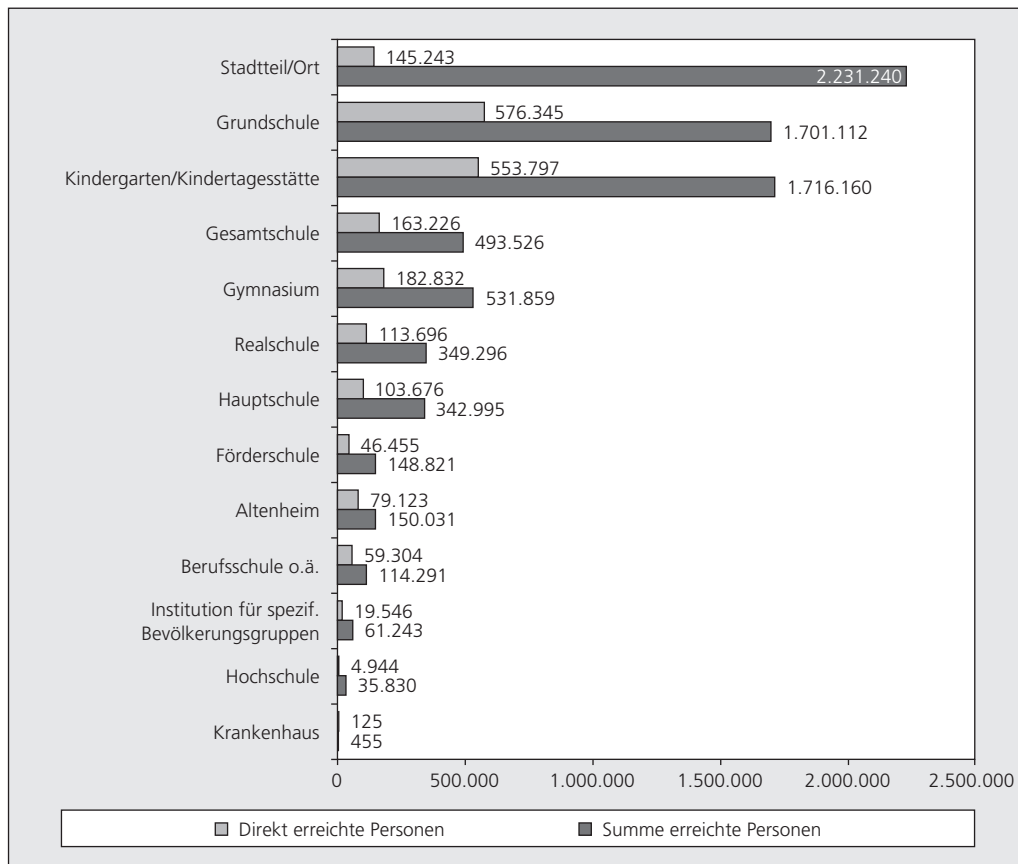
Die höchste Anzahl von Personen wird über Maßnahmen in Stadtteilen/Orten erreicht. Dies ist vor allem auf die hohe Anzahl indirekt erreichter Personen zurückzuführen.

Die Zahl der im Setting Kita direkt erreichten Personen ist um 10% gewachsen (von ca. 500.000 auf ca. 550.000). Interessanterweise ging gleichzeitig die Zahl der betreuten Kitas um 39% zurück (von knapp 16.000 auf etwa 9.600). Erklären lässt sich diese Differenz dadurch,

dass sowohl größere Kitas einbezogen als auch innerhalb der Kitas mehr Gruppen erreicht wurden.

Etwa die Hälfte aller direkt erreichten Personen im Setting-Ansatz wurde durch Maßnahmen in Grundschulen und Kitas erreicht (47%). Prävention in diesen Settings ist besonders wichtig, weil sich die gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen, das Wissen und die Einstellungen zum Thema Gesundheit bereits in der Kindheit bilden.

Abb. 4: Erreichte Personen in den jeweiligen Settings



7.3.1 Erreichte Personen nach Bundesländern

Die Gestaltung und Schwerpunktsetzung der Aktivitäten ist in den Bundesländern unterschiedlich. Dadurch schwankt die Zahl, wie viele Personen durch krank-

kassengeförderte Setting-Aktivitäten erreicht werden, von Bundesland zu Bundesland deutlich.

Tabelle 8: Anzahl direkt erreichter Personen nach Bundesländern

(Mehrfachnennungen möglich)

Quelle der Angaben zur Einwohnerzahl nach Bundesländern: Statistisches Bundesamt: Einwohnerzahl nach Bundesländern, Stand: 31.12.2011

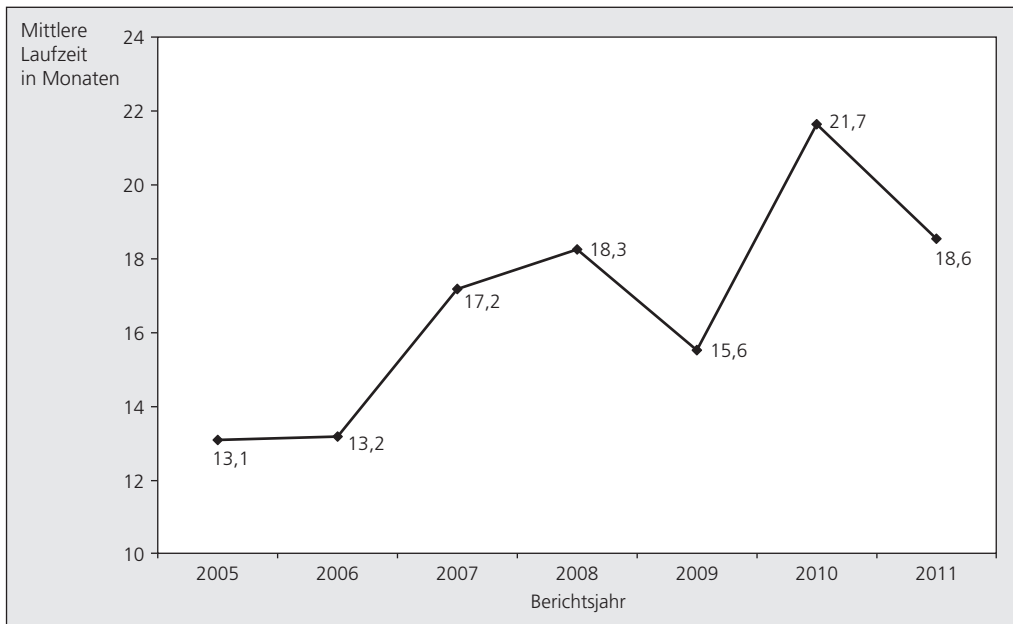
	Anzahl Projekte (= Dokumentationsbögen)	Anzahl direkt erreichter Personen	Erreichte Personen je 100 TSD Einwohner
Bundesweite Projekte (über alle Länder hinweg)	4	51.414	63
Baden-Württemberg	85	398.099	3.705
Bayern	228	250.732	2.004
Bremen	3	1.091	165
Berlin	44	199.228	5.786
Brandenburg	19	90.641	3.608
Hamburg	22	255.802	14.420
Hessen	58	612.265	10.100
Mecklenburg-Vorpommern	55	42.607	2.581
Niedersachsen	51	66.076	833
Nordrhein-Westfalen	200	651.182	3.643
Rheinland-Pfalz	43	51.266	1.277
Saarland	25	2.080	203
Sachsen	53	73.387	1.760
Sachsen-Anhalt	50	19.786	840
Schleswig-Holstein	82	149.554	5.281
Thüringen	100	74.743	3.322

7.4 Projektlaufzeit

Im Jahr 2011 liegt die durchschnittliche Laufzeit der Projekte bei 18,6 Monaten.

Dies bedeutet einen leichten Rückgang zum Vorjahr.

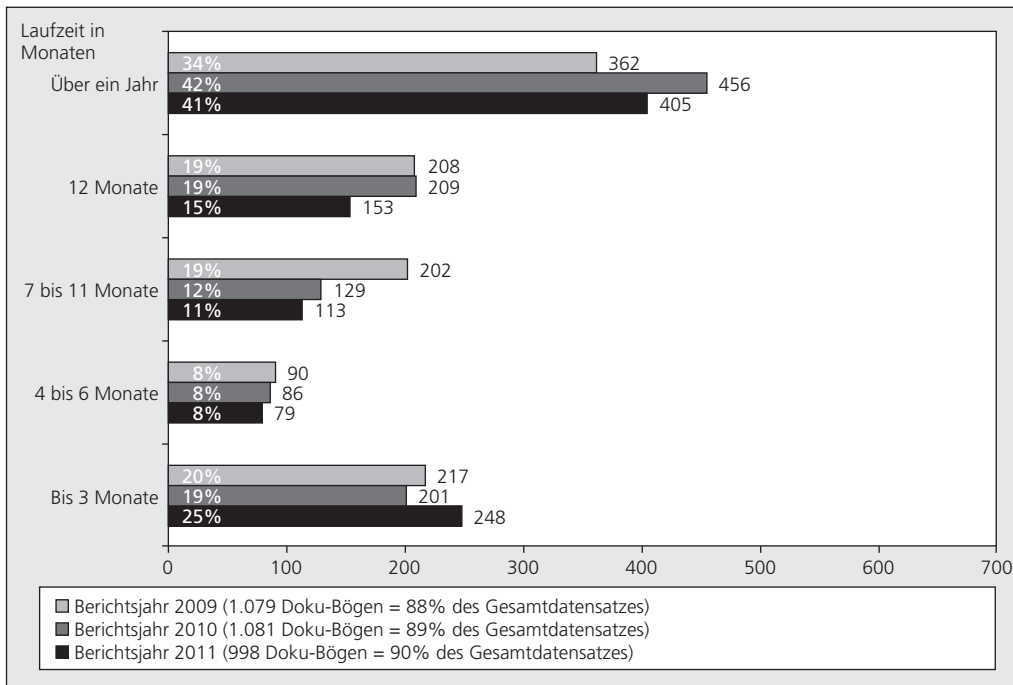
Abb. 5: Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten



Dabei haben Projekte mit einer kurzen Laufzeit von bis zu drei Monaten zugelegt, während die Häufigkeit der für einen

längeren Zeitraum konzipierten Projekte abgenommen hat.

Abb. 6: Projektlaufzeit in Monaten



7.4.1 Projektlaufzeit nach Settings

Bei der Betrachtung der Laufzeit differenziert nach den einzelnen Settings wird sichtbar, dass es deutliche Unterschiede bezüglich der Dauer der Projekte zwischen den Settings gibt. Dabei ist die durchschnittliche Laufzeit der Projekte im Stadtteil/Ort mit durchschnittlich 27 Monaten am längsten. Erklären lässt sich

dieses Ergebnis dadurch, dass die Planung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in einem Stadtteil oder Ort komplex ist. Es sind in der Regel viele verschiedene Akteure einzubinden und ganz unterschiedliche Maßnahmen durchzuführen, was zeitaufwendig ist¹¹.

Tabelle 9: Laufzeiten nach Settings¹²

	Grundschule n=256		Förderschule n=48		Hauptschule n=69	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Bis 3 Monate	49	19%	6	13%	6	9%
4 bis 6 Monate	19	7%	7	15%	7	10%
7 bis 11 Monate	17	7%	4	8%	6	9%
12 Monate	35	14%	8	17%	17	25%
Über ein Jahr	136	53%	23	48%	33	48%
Fehlende Angaben	27		5		7	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	21,9		20,5		20,5	
	Realschule n=105		Gymnasium n=96		Gesamtschule n=61	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Bis 3 Monate	20	19%	20	21%	16	26%
4 bis 6 Monate	10	10%	8	8%	8	13%
7 bis 11 Monate	13	12%	12	13%	3	5%
12 Monate	18	17%	12	13%	5	8%
Über ein Jahr	44	42%	44	46%	29	48%
Fehlende Angaben	7		10		9	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	18,7		18,8		20,8	
	Berufsschule o.ä. n=175		Kindergarten/ -tagesstätte n=305		Stadtteil/Ort n=65	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Bis 3 Monate	84	48%	20	7%	13	20%
4 bis 6 Monate	10	6%	32	10%	3	5%
7 bis 11 Monate	16	9%	47	15%	1	2%
12 Monate	17	10%	75	25%	12	18%
Über ein Jahr	48	27%	131	43%	36	55%
Fehlende Angaben	29		14		26	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	18,5		19,5		26,8	

¹¹ Kimmel A, Strippel H: Aktivitäten der Krankenkassen in der kommunalen Gesundheitsförderung. Prävention 33, 87 – 90 (2010)

¹² In den Tabellen bezeichnet der Buchstabe n die Anzahl der Dokumentationsbögen, bei denen Angaben zur interessierenden Frage vorlagen (gültige Werte)

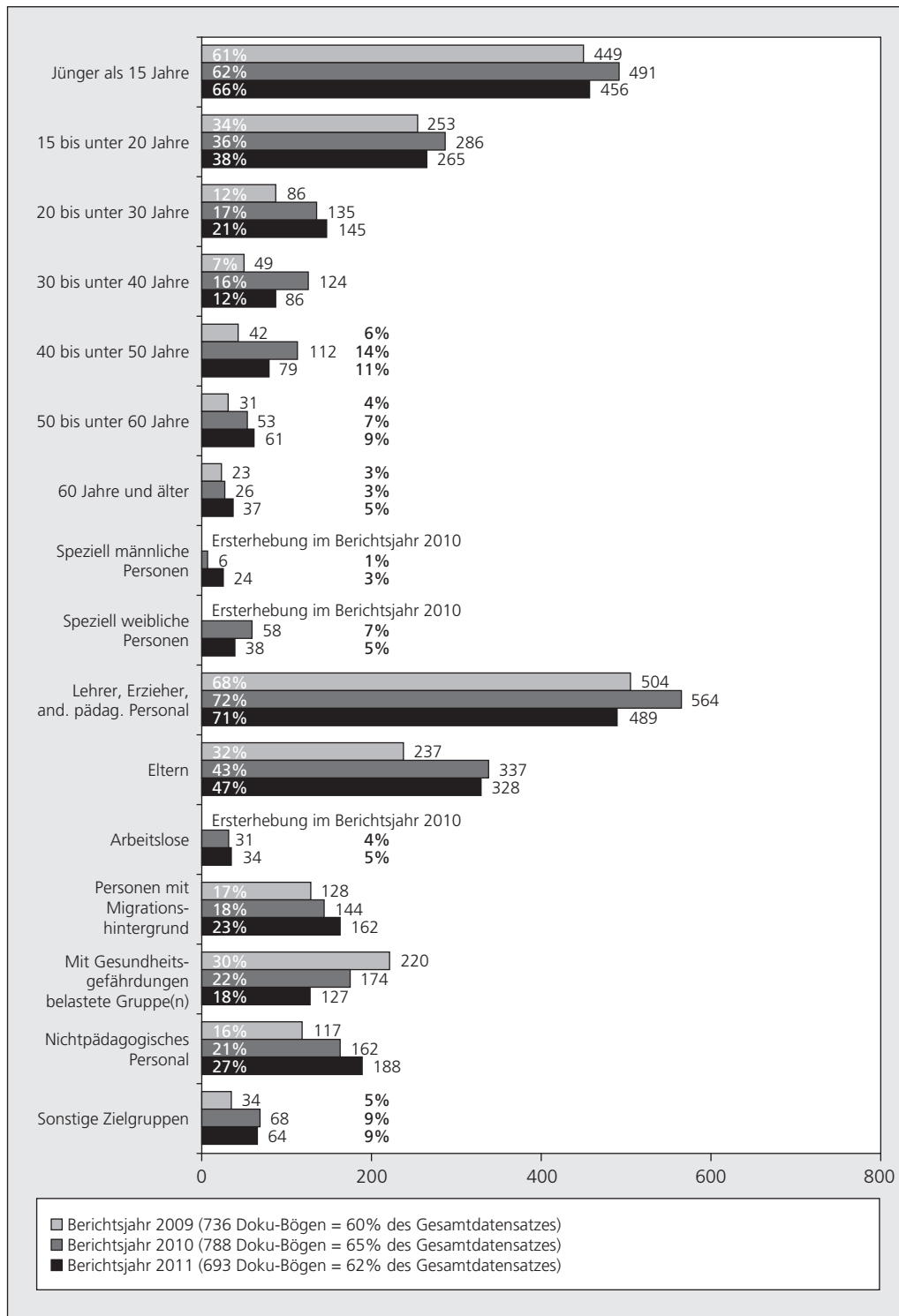
7.5 Zielgruppen

Im Setting-Ansatz können die gesundheitsfördernden Maßnahmen so konzipiert werden, dass sie einzelne Personengruppen gezielt ansprechen. In 66% aller

Projekte (Dokumentationsbögen) waren die Aktivitäten auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet.

Abb. 7: Zielgruppen

(Mehrfachnennungen möglich)



Im Berichtsjahr 2010 wurde die Abfrage nach geschlechtsbezogenen Zielgruppen neu formuliert. Deswegen ist bei den geschlechtsbezogenen Zielgruppen der Jahresvergleich nur mit dem Jahr 2010 möglich. Insgesamt wenden sich die weitest- aus meisten Maßnahmen gleichzeitig an

weibliche und männliche Personen. Entsprechend dem auf den Bildungseinrichtungen liegenden Förderschwerpunkt ist ein Großteil der Projekte an Kinder und Jugendliche gerichtet sowie an Lehrer und Erzieher.

7.5.1 Zielgruppen nach Settings

In allen Settings wendet sich die große Mehrzahl der Maßnahmen an die Zielgruppe der unter 15-Jährigen bzw. der 15- bis unter Zwanzigjährigen. Hiermit korrespondiert die ebenfalls überdurchschnittlich hohe Ansprache von Multiplikatoren wie Lehrern, Erziehern und anderem pädagogischen Personal, gefolgt von Maßnahmen, die sich an Eltern richten.

Ein besonders hoher Anteil sozial benachteiligter Personen, d. h. Personen mit Migrationshintergrund und Arbeitslose, konnte durch Maßnahmen in Stadtteilen erreicht werden.

Tabelle 10: Zielgruppen nach Settings

(Mehrfachnennungen möglich)

	Grundschule n=167		Förderschule n=33		Hauptschule n=62	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	22	13%	7	21%	12	19%
Jünger als 15 Jahre	156	93%	29	88%	55	89%
15 bis unter 20 Jahre	29	17%	25	76%	34	55%
20 bis unter 30 Jahre	17	10%	6	18%	5	8%
30 bis unter 40 Jahre	17	10%	4	12%	3	5%
40 bis unter 50 Jahre	14	8%	3	9%	2	3%
50 bis unter 60 Jahre	11	7%	1	3%	1	2%
60 Jahre und mehr	6	4%	1	3%	2	3%
Speziell weibliche Personen	12	7%	1	3%	2	3%
Speziell männliche Personen	12	7%	1	3%	2	3%
Personen mit Migrationshintergrund	41	25%	8	24%	17	27%
Arbeitslose	6	4%	1	3%	1	2%
Multiplikatoren - Eltern	120	72%	27	82%	35	56%
Multiplikatoren - Lehrer, Erzieher, anderes pädagogisches Personal	151	90%	30	91%	50	81%
Multiplikatoren - nichtpädagogisches Personal	63	38%	15	45%	20	32%
Sonstige Zielgruppen	16	10%	3	9%	5	8%
Keine Angaben zu spez. Zielgruppen	0	0%	0	0%	14	18%

	Realschule n=84		Gymnasium n=80		Gesamtschule n=49	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	13	15%	10	13%	6	12%
Jünger als 15 Jahre	74	88%	69	86%	42	86%
15 bis unter 20 Jahre	52	62%	52	65%	28	57%
20 bis unter 30 Jahre	14	17%	11	14%	1	2%
30 bis unter 40 Jahre	12	14%	9	11%	1	2%
40 bis unter 50 Jahre	10	12%	11	14%	1	2%
50 bis unter 60 Jahre	6	7%	6	8%	1	2%
60 Jahre und mehr	4	5%	4	5%	1	2%
Speziell weibliche Personen	8	10%	5	6%	2	4%
Speziell männliche Personen	5	6%	3	4%	2	4%
Personen mit Migrationshintergrund	19	23%	18	23%	17	35%
Arbeitslose	3	4%	2	3%	2	4%
Multiplikatoren - Eltern	54	64%	47	59%	35	71%
Multiplikatoren - Lehrer, Erzieher, anderes pädagogisches Personal	75	89%	73	91%	45	92%
Multiplikatoren - nichtpädagogisches Personal	26	31%	25	31%	14	29%
Sonstige Zielgruppen	7	8%	6	8%	3	6%
Keine Angaben zu spez. Zielgruppen	0	0%	0	0%	0	0%
	Berufsschule n=152		Kindergarten/ -tagesstätte n=150		Stadtteil/Ort n=66	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	46	30%	27	18%	24	36%
Jünger als 15 Jahre	27	18%	139	93%	48	73%
15 bis unter 20 Jahre	130	86%	23	15%	29	44%
20 bis unter 30 Jahre	64	42%	23	15%	15	23%
30 bis unter 40 Jahre	11	7%	19	13%	9	14%
40 bis unter 50 Jahre	10	7%	16	11%	10	15%
50 bis unter 60 Jahre	7	5%	11	7%	13	20%
60 Jahre und mehr	3	2%	9	6%	13	20%
Speziell weibliche Personen	3	2%	3	2%	7	11%
Speziell männliche Personen	4	3%	2	1%	2	3%
Personen mit Migrationshintergrund	43	28%	33	22%	47	76%
Arbeitslose	3	2%	6	4%	13	20%
Multiplikatoren - Eltern	21	14%	122	81%	42	64%
Multiplikatoren - Lehrer, Erzieher, anderes pädagogisches Personal	67	44%	144	96%	54	82%
Multiplikatoren - nichtpädagogisches Personal	10	7%	65	43%	30	45%
Sonstige Zielgruppen	8	5%	14	9%	18	27%
Keine Angaben zu spez. Zielgruppen	0	0%	0	0%	25	27%

7.6 Kooperationspartner

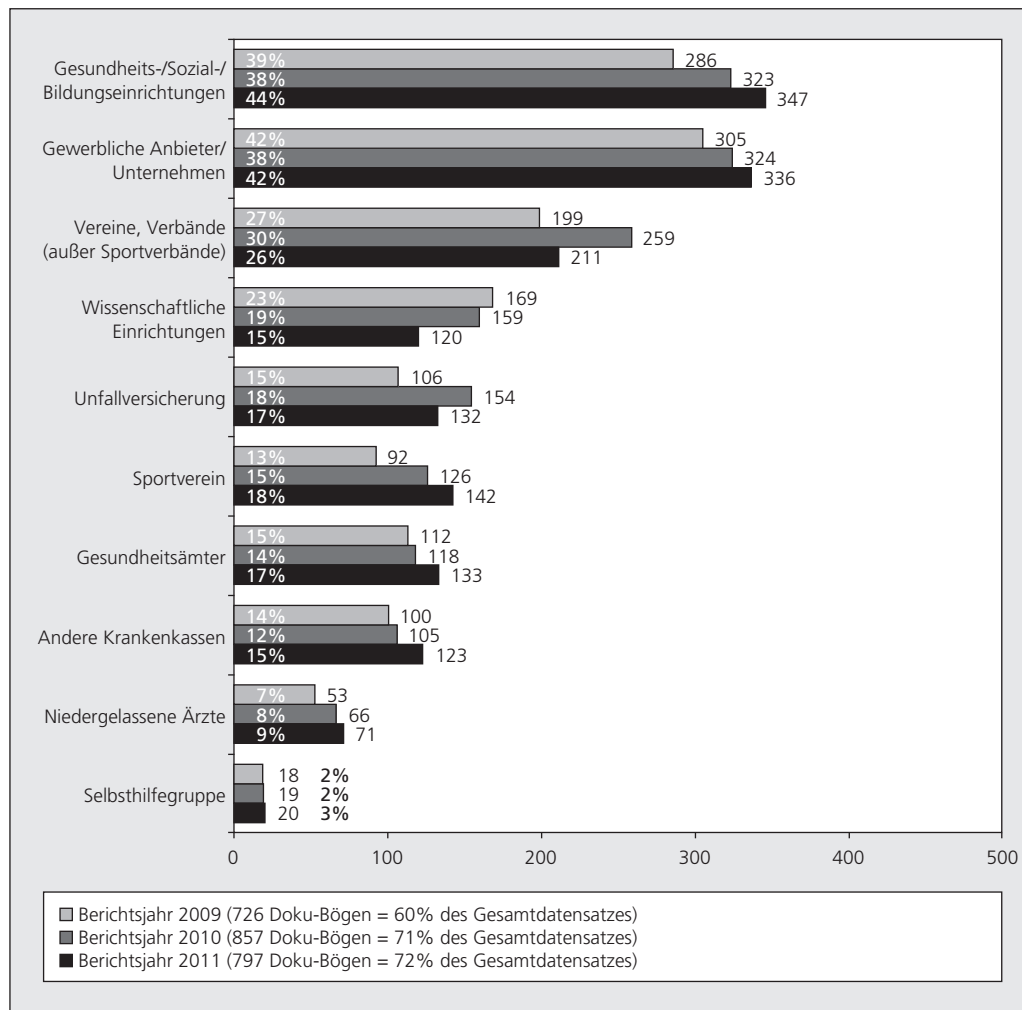
Es hat viele Vorteile, wenn mehrere gesellschaftlich relevante Institutionen in der Prävention zusammenarbeiten. Unterschiedliche Kompetenzen der einzelnen Partner können beispielsweise zur Entwicklung effektiverer Präventionsstrategien beitragen. Außerdem können mehr Ressourcen für die Prävention mobilisiert und dadurch mehr Personen erreicht werden als bei Projekten mit nur einem

einzigem Träger. Deswegen ist es von Interesse, wie viele und welche Kooperationspartner an den gemeldeten Maßnahmen beteiligt waren.

Im Mittel waren drei Kooperationspartner beteiligt. Am häufigsten wurden, wie auch in den Vorjahren, Gesundheits-/Sozial-/Bildungseinrichtungen und gewerbliche Anbieter/Unternehmen genannt.

Abb. 8: Kooperationspartner

(Mehrfachnennungen möglich)



7.7 Koordination und Steuerung

Um gesundheitsfördernde Aktivitäten in einem Setting erfolgreich einzuführen, ist eine Arbeitsgruppe erforderlich, die alle Schritte in einem Projekt koordiniert und steuert. Eine solche Arbeitsgruppe, auch Steuerungsgremium genannt, befasst sich mit der Planung, Durchführung und Nachbereitung gesundheitsfördernder Maßnahmen. Das Gremium muss Entscheidungen treffen, um Gesundheitsförderung im Setting nachhaltig zu verankern.

Am Beispiel Schule erläutert kann folgendermaßen vorgegangen werden: Ein entscheidungskompetentes Schulprojektteam mit Vertretern aller relevanten Akteure beschließt das Vorgehen konzeptionell, sorgt für die Umsetzung und bewertet kritisch die erzielten Ergebnisse. In den Kindertagesstätten geht es eben-

falls um die Strukturvoraussetzung, dass es einen entscheidungskompetenten, ggf. einrichtungsübergreifenden Steuerungskreis für die Gesundheitsförderung gibt. In der kommunalen Gesundheitsförderung können die „Entscheidungs- und Umsetzungsstrukturen“ bei Gesundheitskonferenzen, Stadtteilzentren, Vernetzungs- und Beteiligungsbüros angesiedelt sein.¹³

In 71% aller Projekte waren im Berichtsjahr 2011 Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen etabliert. Im Vorjahr traf das auf 68% aller Projekte zu.

Die folgende Tabelle zeigt, dass alle Settings einen hohen Anteil an Maßnahmen mit vorhandenen Steuerungsstrukturen haben und diese nah beieinanderliegen.

Tabelle 11: Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen nach Settings

	Grundschule		Förderschule		Hauptschule	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Vorhanden	206	74%	45	87%	61	80%
Nicht vorhanden	73	26%	7	13%	15	20%
Gültige Angaben	279	100%	52	100%	76	100%
	Realschule		Gymnasium		Gesamtschule	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Vorhanden	86	77%	73	70%	55	79%
Nicht vorhanden	26	23%	32	30%	15	21%
Gültige Angaben	112	100%	105	100%	70	100%
	Berufsschule		Kindergarten/ -tagesstätte		Stadtteil/Ort	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Vorhanden	135	66%	246	77%	76	84%
Nicht vorhanden	69	34%	73	23%	14	16%
Gültige Angaben	204	100%	319	100%	90	100%

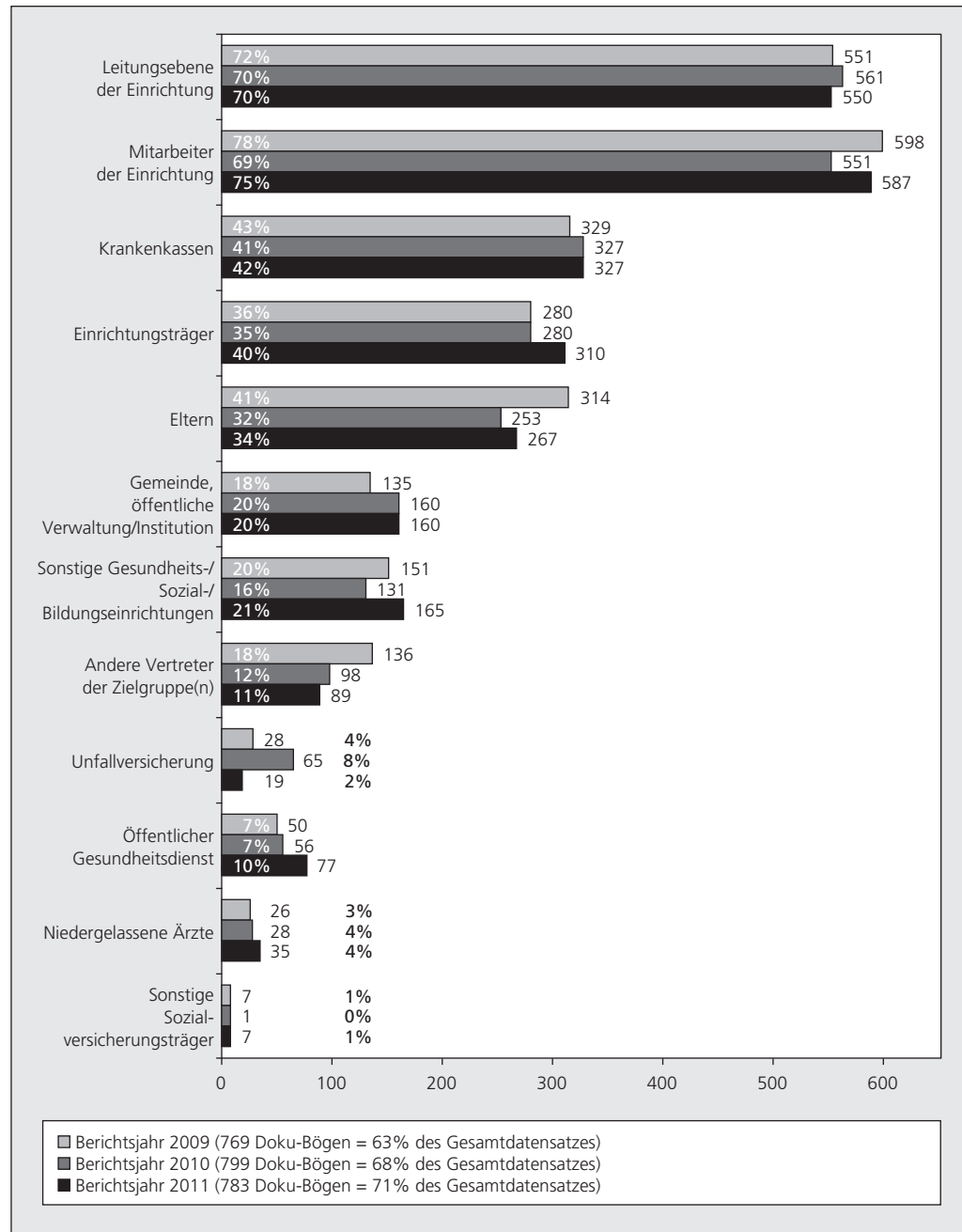
¹³ GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene: Leitfaden Prävention. Berlin, 2010, S. 31, S. 27, S. 35

Durchschnittlich waren an einem Steuerungsgremium Vertreter aus drei Bereichen beteiligt. Die nachfolgende Abbildung zeigt, wie häufig die einzelnen

Institutionen bzw. Gruppen im Entscheidungs- und Steuerungsgremium vertreten waren.

Abb. 9: Vertreter im Entscheidungs- und Steuerungsgremium

(Mehrfachnennungen möglich)



7.8 Bedarfsermittlung

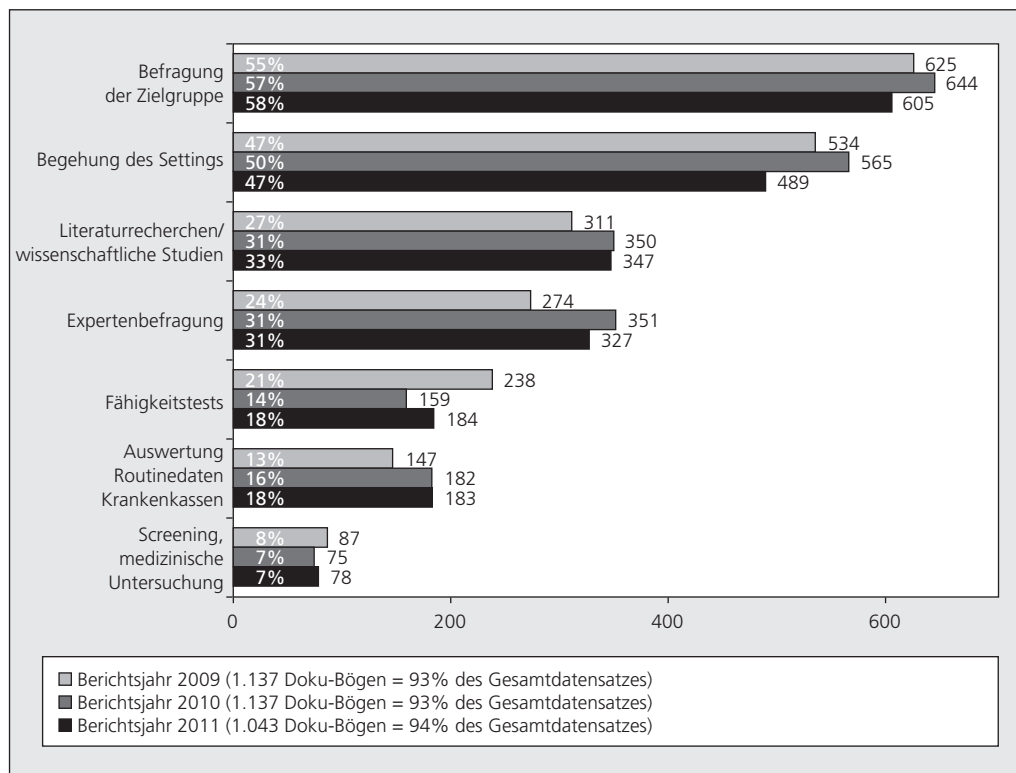
Der erste Schritt bei der Einleitung von gesundheitsfördernden Maßnahmen ist die Bedarfsermittlung. Bei dieser Analyse werden spezifische Problematiken und Gesundheitsrisiken analysiert und ermittelt. Der Bedarfsanalyse stehen viele Instrumente zur Verfügung und man sollte sich nicht nur auf ein Instrument verlassen. Es können beispielsweise Befragungen (von Schülern und Lehrern), Auswertungen der Routinedaten der Krankenkassen und eine Setting-Begehung eingesetzt

werden. Auf der Basis der Analyseergebnisse werden die erforderlichen Maßnahmen geplant, so dass diese speziell an die Gegebenheiten des Einsatzortes und die Bedarfe der darin agierenden Personen angepasst sind.

Im Berichtsjahr 2011 wurden bei 94% der Projekte Angaben zu Bedarfsermittlungen gemacht. Im Mittel wurden dabei je Fall zwei Instrumente der Bedarfsanalyse gleichzeitig eingesetzt.

Abb. 10: Bedarfsermittlung

(Mehrfachnennungen möglich)



Die Hauptinstrumente der Bedarfsermittlung bleiben weiterhin die Befragung der Zielgruppe und die Begehung des Set-

tings, gefolgt von Literaturrecherchen und wissenschaftlichen Studien.

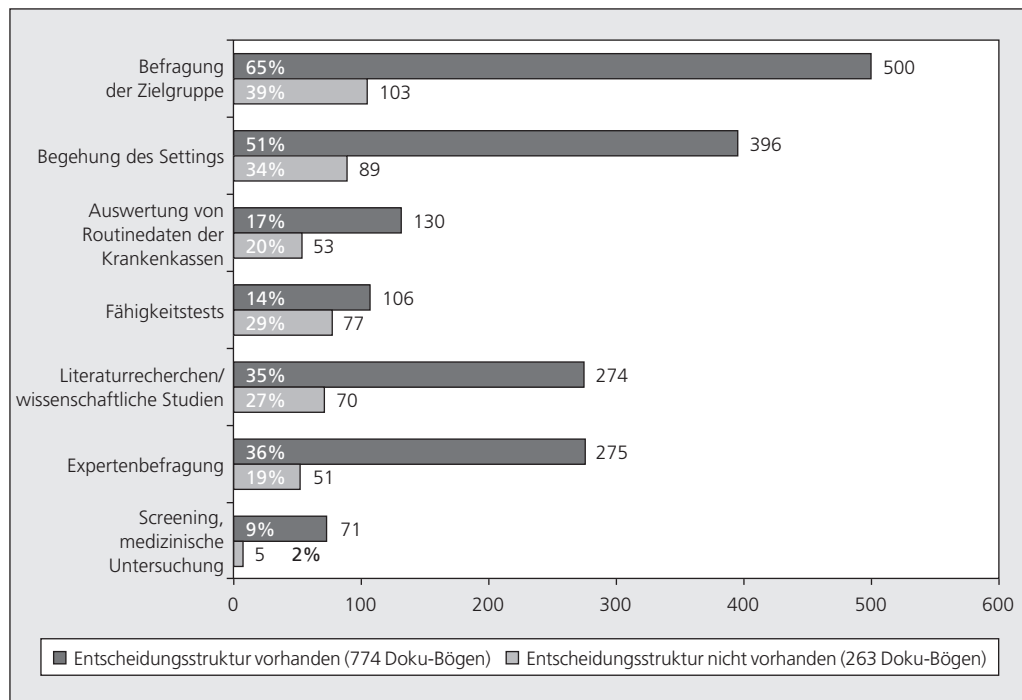
7.8.1 Bedarfsermittlung nach Vorhandensein von Steuerungsstrukturen

Im Jahr 2011 waren bei 783 (71%) der von Krankenkassen geförderten Setting-Projekte Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden. Bedarfsanalysen wurden weitaus häufiger bei vorhandenen Strukturen als ohne durchgeführt. Die Betrachtung einzelner Methoden der Bedarfsermittlung macht deutlich, dass

häufiger Methoden angewendet werden, die Beteiligte einbeziehen und eine enge Zusammenarbeit der Beteiligten erfordern. Darunter sind Methoden wie die Befragung der Zielgruppe, Begehung des Settings und Expertenbefragungen besonders hervorzuheben.

Abb. 11: Bedarfsermittlung nach Vorhandensein der Steuerungsstrukturen

(Mehrfachnennungen möglich)

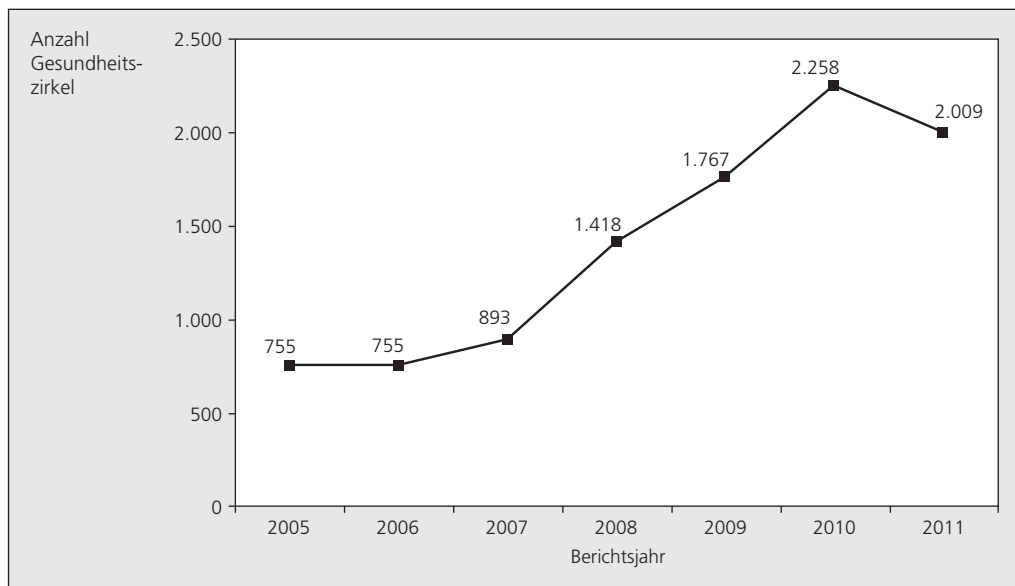


7.9 Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel sind ein wichtiges Instrument der Gesundheitsförderung. In ihnen erarbeiten die Beteiligten Verbesserungsvorschläge und diskutieren deren

Umsetzung. Ursprünglich in der betrieblichen Gesundheitsförderung entwickelt, werden sie auch für die Aktivitäten im Setting-Ansatz eingesetzt.

Abb. 12: Durchgeführte Gesundheitszirkel



Die in der Abbildung ersichtliche leichte Abnahme der absoluten Zahl durchgeführter Gesundheitszirkel erklärt sich durch die geringere Zahl erreichter Settings (2010: ca. 30.000, 2011: ca. 22.000).

Jedoch hat sich der prozentuale Anteil an Projekten mit Gesundheitszirkeln im Vergleich zum Vorjahr sogar erhöht, und zwar von 13% auf 18%.

7.9.1 Gesundheitszirkel nach Settings

Im Setting Stadtteil/Ort und in den Berufsschulen werden Gesundheitszirkel seltener durchgeführt als in den anderen Bildungseinrichtungen.

Tabelle 12: Gesundheitszirkel nach Settings

	Grundschule n=279		Förderschule n=52		Hauptschule n=75	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Ja	52	19%	11	21%	17	23%
Nein	227	81%	41	79%	58	77%
Fehlende Angaben	4		1		1	
	Realschule n=111		Gymnasium n=105		Gesamtschule n=69	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Ja	21	19%	21	20%	11	16%
Nein	90	81%	84	80%	58	84%
Fehlende Angaben	1		1		1	
	Berufsschule o.ä. n=203		Kindergarten/ -tagesstätte n=316		Stadtteil/Ort n=87	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Ja	18	9%	93	29%	8	9%
Nein	185	91%	223	71%	79	91%
Fehlende Angaben	1		3		4	

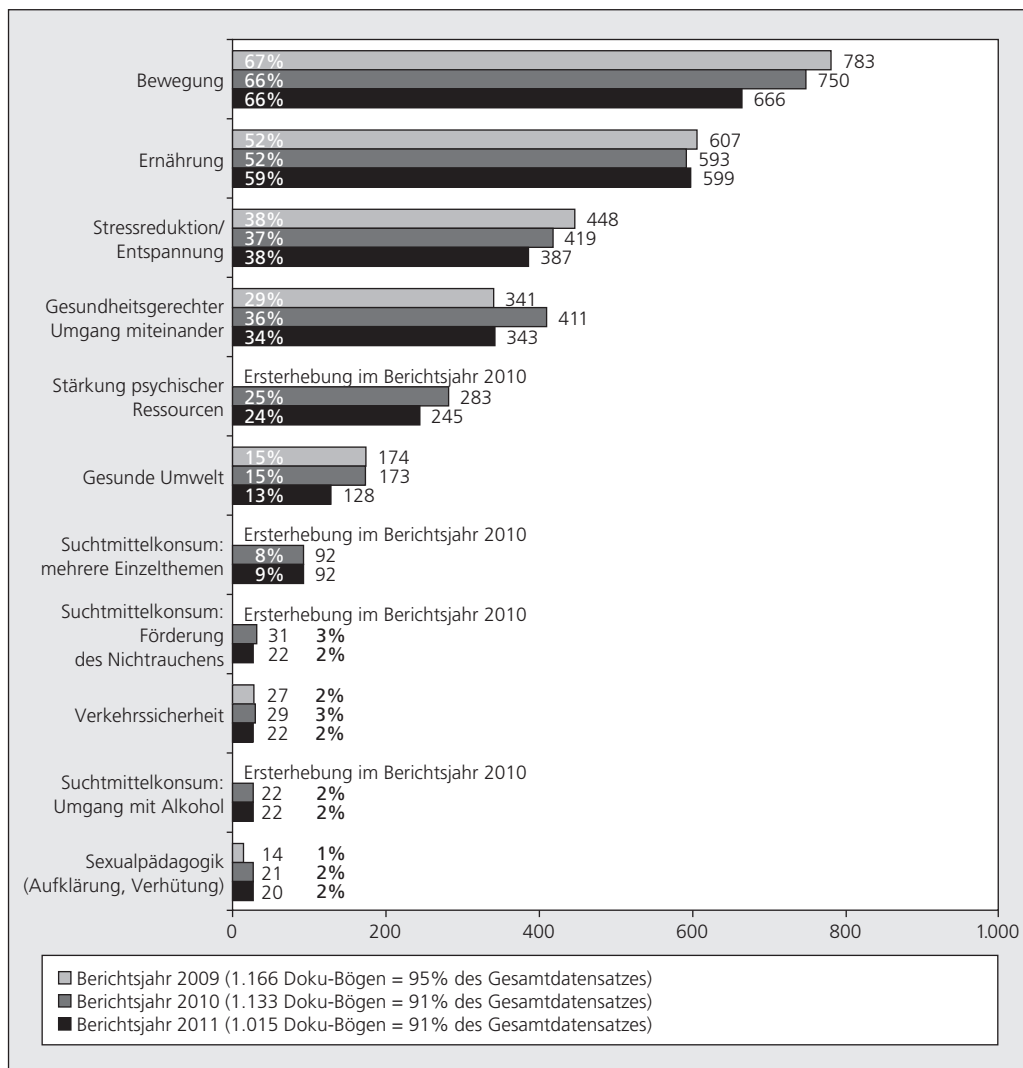
7.10 Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

Bei der Betrachtung der inhaltlichen Ausrichtungen der Interventionen ist zu erkennen, dass Bewegung und gesunde Ernährung, wie auch in den letzten Jahren, am weitaus häufigsten Themenschwerpunkte sind. Weiterhin ist zu erkennen, dass die Themen der Stressreduktion/

Entspannung und gesundheitsgerechter Umgang miteinander sowie die Stärkung psychischer Ressourcen, auf welchen im vorliegenden Präventionsbericht 2012 ein besonderer Fokus liegt, bei bis zu 38% Gegenstand der Interventionen waren.

Abb. 13: Inhalte

(Mehrfachnennungen möglich)



7.10.1 Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Settings

Eine differenzierte Betrachtung der inhaltlichen Ausrichtungen nach Settings zeigt, dass über alle Settings hinweg gesunde Ernährung und Bewegung häufig Inhalt der Interventionen waren.

spannung häufig inhaltlicher Schwerpunkt der Maßnahmen. Auch in den weiterführenden Schulen und der kommunalen Präventionsarbeit werden diese Themen bei rund einem Drittel der Projekte bearbeitet.

Bereits bei Kindern in Kitas und Grundschulen sind Stressreduktion und Ent-

Tabelle 13: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Settings

(Mehrfachnennungen möglich)

	Grundschule n=261		Förderschule n=48		Hauptschule n=74	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Bewegung	184	70%	24	50%	32	43%
Ernährung	180	69%	24	50%	40	54%
Stärkung psychischer Ressourcen	71	27%	21	44%	22	30%
Stressreduktion/Entspannung	115	44%	16	33%	24	32%
Gesundheitsgerechter Umgang miteinander	127	49%	27	56%	32	43%
Suchtmittelkonsum: mehrere Einzelthemen	30	11%	8	17%	11	15%
Suchtmittelkonsum: nur das Einzelthema Förderung des Nichtrauchens	4	2%	11	23%	10	14%
Suchtmittelkonsum: nur das Einzelthema Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums	3	1%	5	10%	8	11%
Verkehrssicherheit	13	5%	4	8%	4	5%
Sexualpädagogik (Aufklärung, Verhütung)	10	4%	5	10%	3	4%
Gesunde Umwelt	62	24%	11	23%	11	15%
Fehlende Angaben	22		5		2	
	Realschule n=101		Gymnasium n=97		Gesamtschule n=65	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Bewegung	58	57%	52	54%	33	51%
Ernährung	52	51%	48	49%	29	45%
Stärkung psychischer Ressourcen	28	28%	27	28%	28	43%
Stressreduktion/Entspannung	43	43%	32	33%	29	45%
Gesundheitsgerechter Umgang miteinander	52	51%	42	43%	39	60%
Suchtmittelkonsum: mehrere Einzelthemen	15	15%	17	18%	9	14%
Suchtmittelkonsum: nur das Einzelthema Förderung des Nichtrauchens	12	12%	12	12%	9	14%
Suchtmittelkonsum: nur das Einzelthema Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums	7	7%	10	10%	6	9%
Verkehrssicherheit	5	5%	4	4%	3	5%
Sexualpädagogik (Aufklärung, Verhütung)	4	4%	5	5%	2	3%
Gesunde Umwelt	17	17%	22	23%	21	32%
Fehlende Angaben	11		9		5	

	Berufsschule n=201		Kindergarten/ -tagesstätte n=286		Stadtteil/Ort n=89	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Bewegung	156	78%	213	74%	62	70%
Ernährung	83	41%	187	65%	50	56%
Stärkung psychischer Ressourcen	47	23%	73	26%	38	43%
Stressreduktion/Entspannung	62	31%	130	45%	33	37%
Gesundheitsgerechter Umgang miteinander	51	25%	81	28%	56	63%
Suchtmittelkonsum: mehrere Einzelthemen	26	13%	16	6%	21	24%
Suchtmittelkonsum: nur das Einzelthema Förderung des Nichtrauchens	8	4%	1	0%	2	2%
Suchtmittelkonsum: nur das Einzelthema Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums	7	3%	1	0%	7	8%
Verkehrssicherheit	6	3%	3	1%	4	4%
Sexualpädagogik (Aufklärung, Verhütung)	5	2%	3	1%	3	3%
Gesunde Umwelt	16	8%	40	14%	29	33%
Fehlende Angaben	3		33		2	

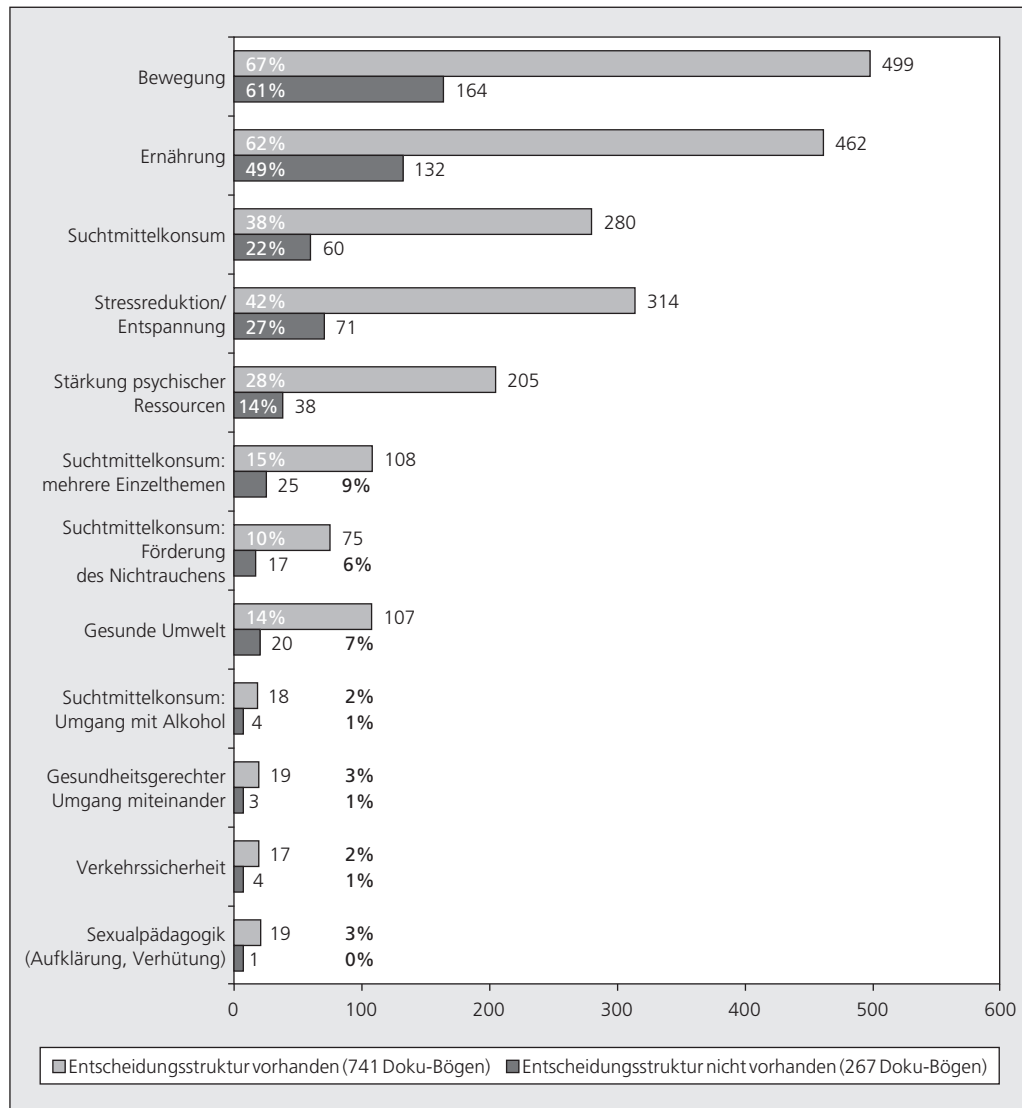
7.10.2 Interventionen nach Vorhandensein von Steuerungsstrukturen

Bei vorhandenen Steuerungsstrukturen wurden alle inhaltlichen Ausrichtungen häufiger angewendet. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass Maßnahmen mit Steuerungsstrukturen eher multifak-

toriell ausgerichtet sind. D. h., sie waren häufiger auf mehrere Inhalte gleichzeitig, wie z. B. Bewegung und Ernährung, bezogen.

Abb. 14: Inhaltliche Ausrichtung nach Vorhandensein von Steuerungsstrukturen

(Mehrfachnennungen möglich)



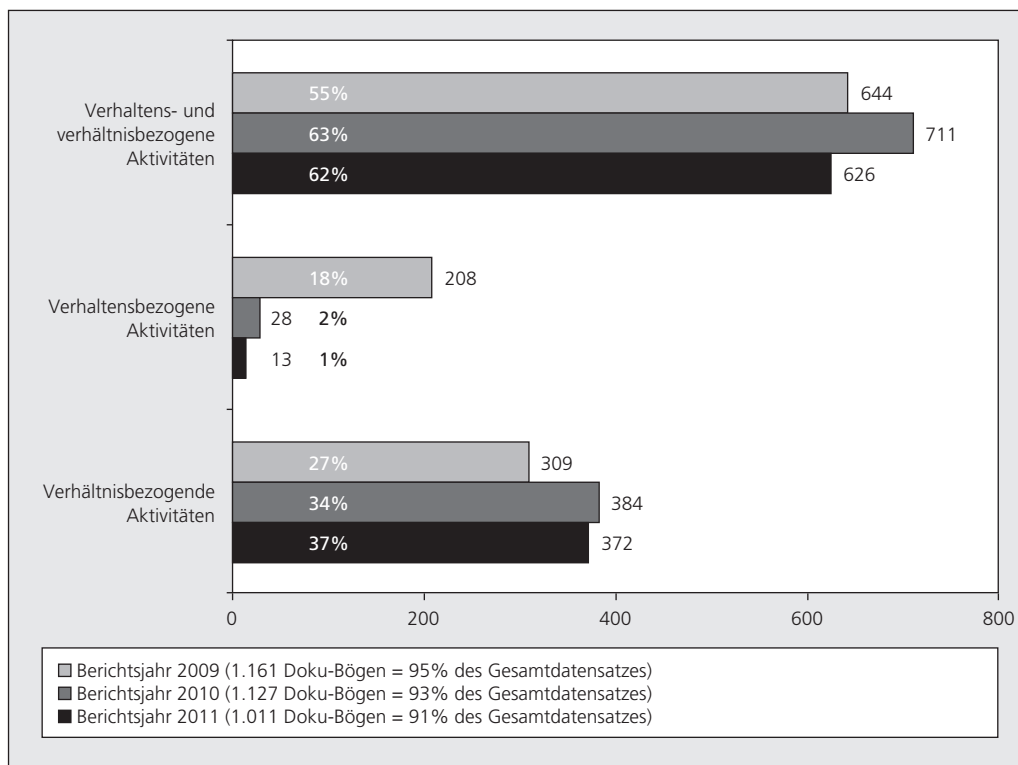
7.11 Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten

Ein wesentliches Ziel des Setting-Ansatzes ist es, nicht nur die individuellen Verhaltensweisen der Menschen zu verbessern, sondern auch deren unmittelbare Lebenswelt so umzugestalten und weiterzuentwickeln, dass die Bedingungen für gesundheitsförderliche Verhaltensweisen verbessert werden.

als eine Kombination aus verhaltens- und verhältnisbezogenen Herangehensweisen durchgeführt wird. Rein auf die Verhältnisse ausgerichtete Maßnahmen gab es in 37% der gemeldeten Fälle. Allein verhaltensbezogen waren nur wenige Maßnahmen.

Die nachfolgende Abbildung zeigt, dass der überwiegende Teil der Interventionen

Abb. 15: Verhaltens- und Verhältnisbezug der Maßnahmen



7.11.1 Verhaltens- bzw. verhältnisbezogene Aktivitäten nach Settings

Die differenziertere Betrachtung der Settings zeigt, dass bei jungen Kindern in Grundschulen und Kindergärten verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten am häufigsten kombiniert werden. In

allen Settings, außer in Berufsschulen, werden kombinierte Maßnahmen häufiger durchgeführt als rein auf das Verhalten oder die Verhältnisse bezogene Aktivitäten.

Tabelle 14: Verhaltens- und Verhältnisbezogenheit der Aktivitäten nach Settings

	Grundschule n=260		Förderschule n=48		Hauptschule n=74	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	198	76%	37	77%	46	62%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	2	1%	1	2%	0	0%
Verhältnisbezogene Aktivitäten	60	23%	10	21%	28	38%
Fehlende Angaben	23		5		2	
	Realschule n=98		Gymnasium n=96		Gesamtschule n=64	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	68	69%	62	65%	43	67%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	3	3%	1	1%	0	0%
Verhältnisbezogene Aktivitäten	27	28%	33	34%	21	33%
Fehlende Angaben	14		10		6	
	Berufsschule o.ä. n=201		Kindergarten/ -tagesstätte n=285		Stadtteil/Ort n=91	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	82	41%	227	80%	69	76%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	1	0%	4	1%	0	0%
Verhältnisbezogene Aktivitäten	118	59%	54	19%	22	24%
Fehlende Angaben	3		34		0	

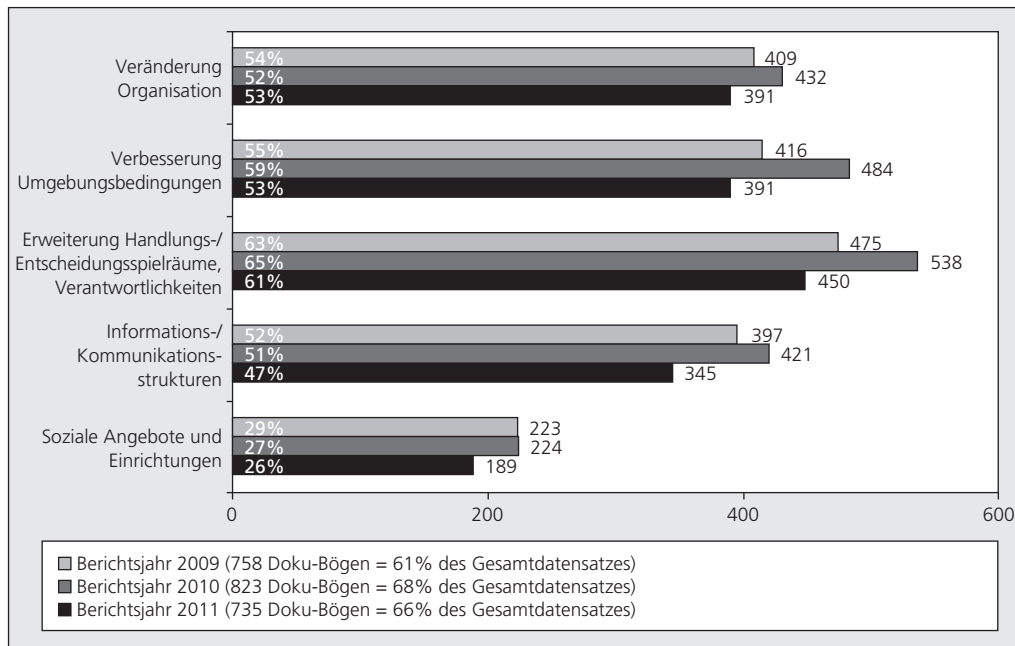
7.11.2 Art der verhältnisbezogenen Umgestaltung

Verhältnispräventive Aktivitäten können z. B. eine neue Raumgestaltung (z. B. zur Reduktion von Rückenbelastungen) oder auch die Einführung eines Nichtraucherbereiches im Setting beinhalten.

Im Durchschnitt wurden in drei unterschiedlichen Bereichen gleichzeitig Veränderungen vorgenommen. Die Verteilung der einzelnen verhältnisbezogenen Umgestaltungen wird in der nachfolgenden Abbildung im Jahresvergleich dargestellt.

Abb. 16: Art der Umgestaltung

(Mehrfachnennungen möglich)

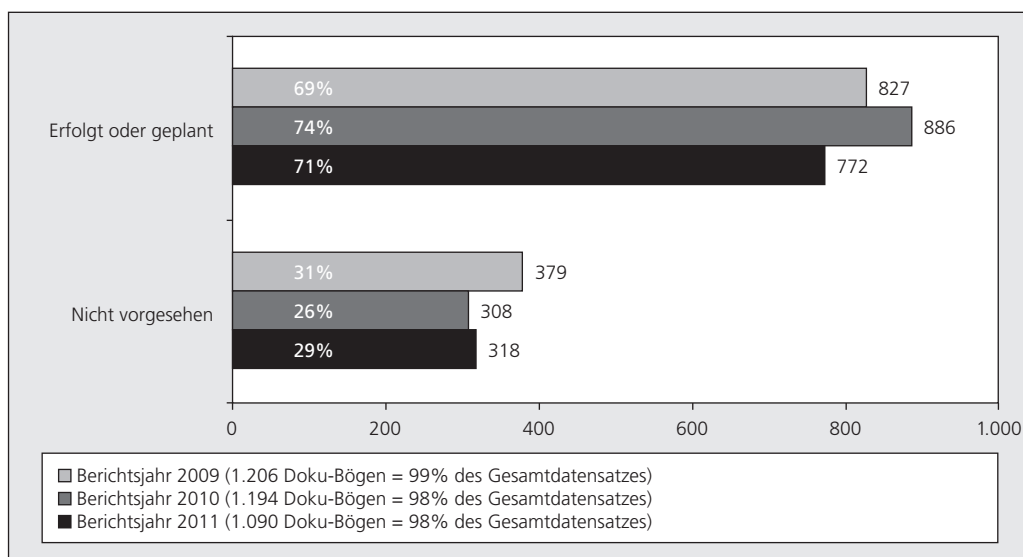


7.12 Erfolgskontrollen

Die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen lässt sich durch Erfolgskontrollen prüfen. Fast drei Viertel aller ge-

meldeten Projekte setzten im Jahr 2011 Erfolgskontrollen ein oder beabsichtigten dieses zu tun.

Abb. 17: Erfolgskontrollen



7.12.1 Erfolgskontrollen nach Settings

Es zeigt sich, dass mittlerweile in fast allen Settings die Durchführung einer Erfolgskontrolle zur Norm geworden ist. Außer beim Setting Realschule liegt der

Anteil der Interventionen, bei denen eine Erfolgskontrolle vorgesehen war oder durchgeführt wurde, durchweg bei über 75%.

Tabelle 15: Erfolgskontrollen nach Settings

	Grundschule		Förderschule		Hauptschule	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Erfolgskontrolle erfolgt oder geplant	215	77%	45	85%	51	100%
Erfolgskontrolle nicht vorgesehen	65	23%	8	15%	0	0%
Gültige Angaben	280	100%	53	100%	51	100%
Fehlende Angaben	3		1		25	
	Realschule		Gymnasium		Gesamtschule	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Erfolgskontrolle erfolgt oder geplant	21	47%	86	82%	52	87%
Erfolgskontrolle nicht vorgesehen	24	53%	19	18%	8	13%
Gültige Angaben	45	100%	105	100%	60	100%
Fehlende Angaben	67		1		10	
	Berufsschule o.ä.		Kindergarten/ -tagesstätte		Stadtteil/Ort	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Erfolgskontrolle erfolgt oder geplant	99	100%	255	81%	75	83%
Erfolgskontrolle nicht vorgesehen	0	0%	61	19%	15	17%
Gültige Angaben	99	100%	316	100%	90	100%
Fehlende Angaben	105		3		2	

7.12.2 Inhalte der Erfolgskontrollen

Der Erfolg einer Maßnahme kann, je nachdem, welche Effekte erzielt werden sollen, mit Hilfe unterschiedlicher Kriterien gemessen werden.

Durchschnittlich wurden fünf Parameter je Dokumentationsbogen gemessen.

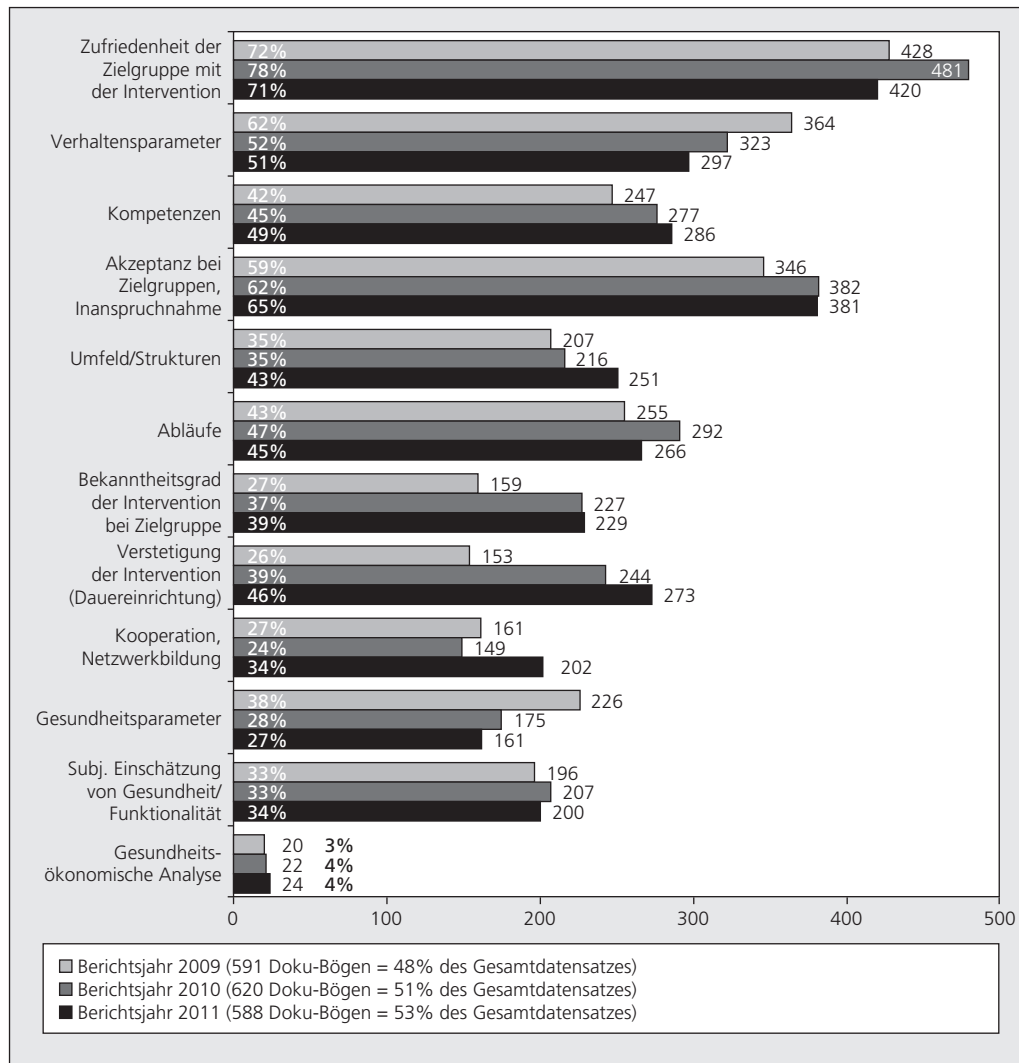
Die nachfolgende Abbildung zeigt, welche inhaltlichen Kriterien der Erfolgskontrollen wie häufig nachgefragt wurden. Die wichtigsten Erfolgsindikatoren schei-

nen die zu sein, welche direkt die Akzeptanz und Zufriedenheit der Zielgruppe betreffen. Diese beiden Erfolgsparameter wurden 2011 am häufigsten gemessen.

Im Jahresvergleich wird sichtbar, dass die Verstetigung der Intervention und der Ausbau der Netzwerke zur Erreichung gesundheitsfördernder Ziele zunehmend für einen Erfolg verantwortlich gemacht werden.

Abb. 18: Inhalte der Erfolgskontrolle

(Mehrfachnennungen möglich)



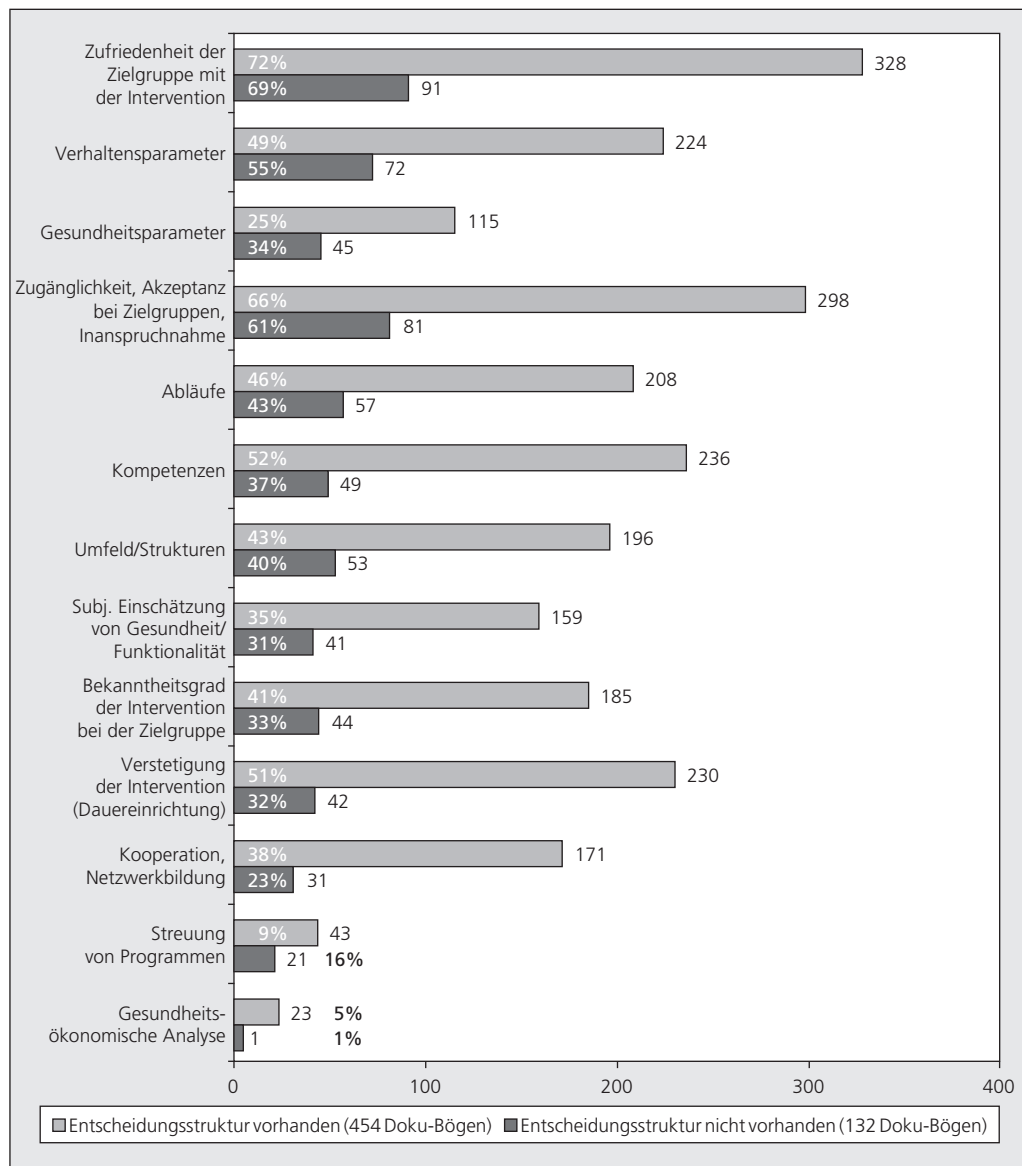
7.12.3 Erfolgskontrolle nach Vorhandensein von Steuerungsstrukturen

Ähnlich wie bei der Bedarfsermittlung und der klaren inhaltlichen Ausrichtung der durchgeführten Maßnahmen ist auch die Durchführung einer Erfolgskontrolle davon abhängig, ob eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur vorhanden ist. Der Anteil der Projekte, in denen Erfolgskontrollen durchgeführt wurden, lag bei 78%, wenn es eine Entscheidungs- und

Steuerungsstruktur gab. Fehlten solche Strukturen, lag der Anteil bei lediglich 54%. Die folgende Abbildung verdeutlicht, wie häufig die einzelnen Qualitätsparameter bei der Erfolgsmessung in Abhängigkeit von vorhandenen oder fehlenden Steuerungsstrukturen untersucht wurden.

Abb. 19: Erfolgskontrolle nach Vorhandensein von Steuerungsstrukturen

(Mehrfachnennungen möglich)



8 Individueller Ansatz

Die Präventionsangebote der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem „individuellen Ansatz“ richten sich an einzelne Menschen mit dem Ziel, sie bei erwünschten Änderungen des Gesundheitsverhaltens zu unterstützen und ihnen neue gesundheitsrelevante Kompetenzen zu vermitteln. Die Maßnahmen werden grundsätzlich in Gruppen durchgeführt.

Der individuelle Ansatz bietet den Versicherten die Chance, möglichen Erkrankungen aktiv vorzubeugen, vor allem durch regelmäßige Bewegung, gesundheitsgerechte Ernährung und Techniken der Entspannung. Im Leitfaden Prävention ist festgelegt, dass diese Angebote nur begrenzt in Anspruch genommen werden können und dazu dienen sollen, Menschen zu motivieren und zu befähigen, einen gesünderen und aktiveren Lebensstil zu entwickeln und beizubehalten. In den Kursen werden den Versicherten Möglichkeiten aufgezeigt, eine dauerhafte gesundheitsförderliche Betätigung eigenverantwortlich über die Kurse hinaus wahrzunehmen.

Die primärpräventiven Angebote können mehrere Handlungsfelder gleichzeitig umfassen. So berücksichtigen viele Kurskonzepte den bekannten Zusammenhang von Bewegung und Ernährung. Ebenso werden Maßnahmen angeboten,

die Bewegungsförderung mit Methoden der Stressreduktion und Entspannung kombinieren.

Die Kriterien für individuelle Kursangebote sind im GKV-Leitfaden Prävention festgelegt. Nach diesen Regelungen müssen individuelle Präventionsangebote – wie alle Leistungen der Krankenkassen – ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Die Kurse sind auf die Prävention solcher Krankheitsbilder auszurichten, die häufig auftreten. Ferner muss die Wirksamkeit der Kurskonzepte im Rahmen von Studien oder Metaanalysen erwiesen sein. Kursanbieter haben eine ausreichende Qualifikation nachzuweisen. Der Leitfaden Prävention spezifiziert diese Qualifikationen. Auch sind im Vorfeld der Maßnahmen Ziele festzulegen, so dass sich erreichte Veränderungen zum Ende eines Kurses prüfen lassen.

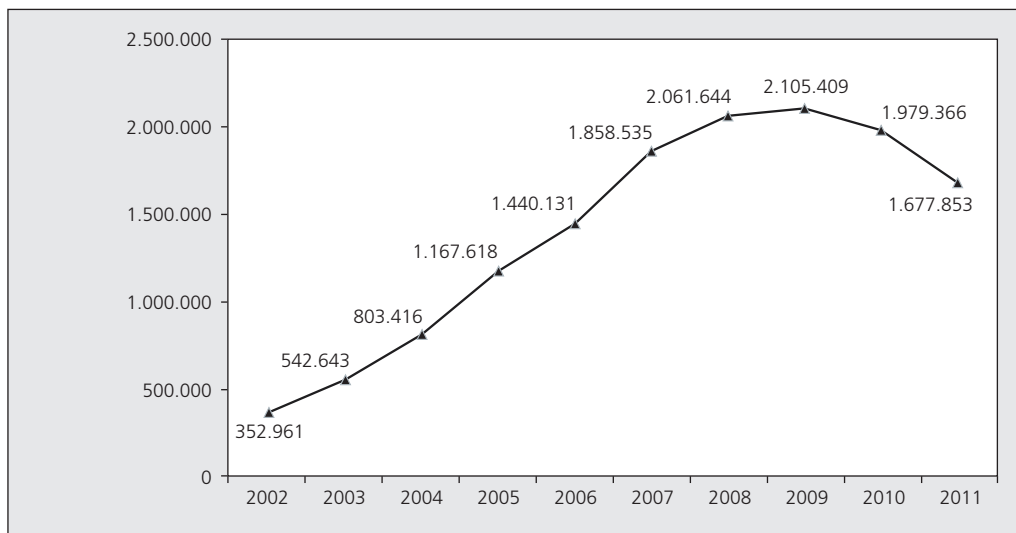
Im Folgenden wird die Inanspruchnahme der Leistungen nach dem individuellen Ansatz im Jahr 2011 näher betrachtet. Die Zahl der Kursteilnehmer wird zunächst allgemein und im Anschluss differenziert nach Handlungsfeldern, Alter, Geschlecht und Kursanbietern dargestellt. Um Entwicklungen und Trends darzustellen, werden aktuelle Ergebnisse mit den Ergebnissen der Vorjahre verglichen.

8.1 Inanspruchnahme

Seitdem im zweiten Präventionsbericht im Jahr 2002 zum ersten Mal über Leistungen nach dem individuellen Ansatz berichtet wurde, zeigte sich eine deutliche jährliche Zunahme. Dies führte dazu, dass im Jahr 2009 fast sechsmal so viele Versicherte primärpräventive Kurs- und Seminarangebote in Anspruch nahmen wie zu Beginn der Berichterstattung. Im Jahr 2010 sank die Inanspruchnahme zum ersten Mal leicht ab. Dieser Trend hat sich im

Jahr 2011 fortgesetzt. Gemessen am Vorjahr ist die Inanspruchnahme um 15% gesunken, im Vergleich zum Jahr 2009 um 20 Prozent. Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht diese Entwicklung. Hier spielt sicherlich der Beschluss der Krankenkassen eine Rolle, seit 2010 die Förderung „auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr“ zu begrenzen, um eine höhere Breitenwirksamkeit der verfügbaren Mittel zu erzielen.¹⁴

Abb. 20: Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt



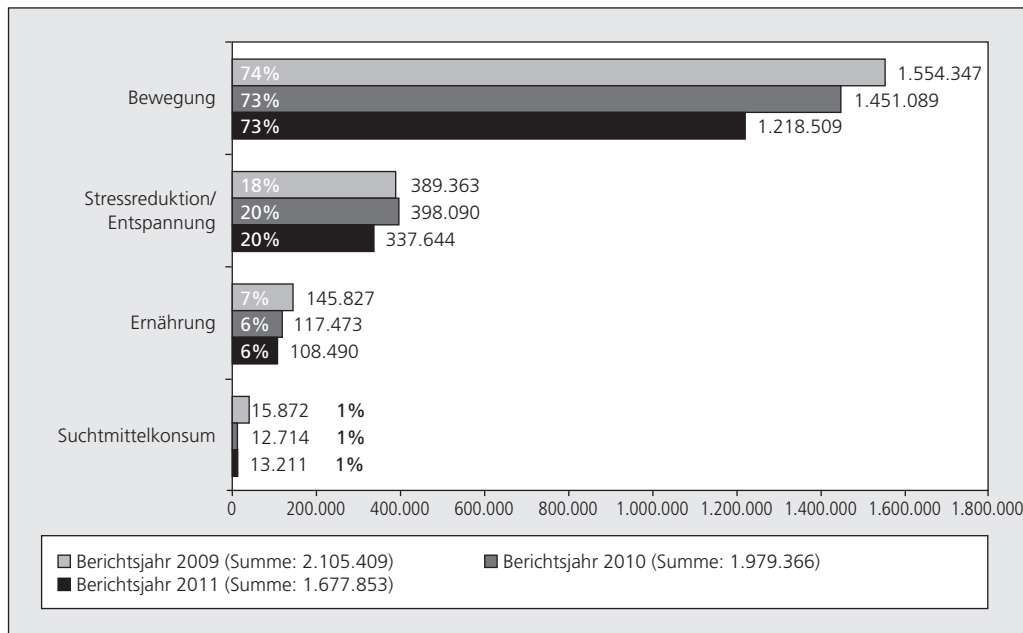
8.2 Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern

Kurse zur individuellen Gesundheitsförderung behandeln häufig mehrere Handlungsfelder gleichzeitig. Die Mitarbeiter der Krankenkassen sind für die Dokumentation gebeten, dasjenige Themenfeld zu benennen, das schwerpunktmäßig ange-

sprochen wurde. Es wird dabei zwischen vier Handlungsfeldern unterschieden: Bewegung, Ernährung, Stressreduktion/Entspannung und Suchtmittelkonsum.

¹⁴ GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene: Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. Berlin, 2010, S.38

Abb. 21: Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern



Am stärksten nachgefragt sind nach wie vor die Kurse aus dem Handlungsfeld Bewegung. Sie machen fast drei Viertel der gesamten Kursteilnahmen aus (73%). Dieses Handlungsfeld lässt sich weiter in zwei Präventionsprinzipien aufteilen. Mit einem Anteil von 51% wurde das Präventionsprinzip „Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheits-sportliche Aktivitäten“ 2011 etwa gleich häufig wie Kurse zur „Vorbeugung oder Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme“ (49%) in Anspruch genommen wurden.

Ein Fünftel der Kursteilnehmer sucht Unterstützung im Umgang mit Stress. Vor

allem Kurse zur Entspannung werden von den Teilnehmern nachgefragt (81%). Mit multimodaler Stressbewältigung versuchen 19% der Teilnehmer ihrer Belastung zu begegnen.

Im Handlungsfeld Ernährung nehmen 53% der Teilnehmer Hilfe zur „Vermeidung oder Reduktion von Übergewicht“ in Anspruch, 47% der Kursteilnehmer befassen sich mit der „Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung“.

Beim Handlungsfeld Suchtmittelkonsum handelt es sich mit 96% um Tabakentwöhnungskurse.

8.3 Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

8.3.1 Alter

Tabelle 16 und Abb. 22 ermöglichen den Vergleich der Altersstruktur der GKV-Versicherten mit der Altersstruktur der Kursteilnehmer. Über alle Altersgruppen

hinweg erreichten die Kursangebote nach dem individuellen Ansatz im Jahr 2011 einen Anteil von 2% aller GKV-Versicherten.

Tabelle 16: Teilnahmequote nach Alter

Quelle: Altersverteilung der GKV-Versicherten nach BMG: KM6, Stand: Weil keine Erkenntnisse darüber vorliegen, wie viele Versicherte an mehreren Kursen teilgenommen haben, wird hier vereinfachend von einer generell nur einmaligen Kursteilnahme ausgegangen.

Altersgruppen	GKV-Versicherte	Kursteilnehmer	Teilnahmequote
Unter 15 Jahre	9.019.673	49.546	1%
15 bis 19 Jahre	3.577.859	29.207	1%
20 bis 29 Jahre	8.468.189	137.675	2%
30 bis 39 Jahre	8.057.977	207.873	3%
40 bis 49 Jahre	11.103.431	373.168	3%
50 bis 59 Jahre	10.018.396	365.371	4%
Ab 60 Jahre	19.364.217	511.651	3%
Gesamt	69.609.742	1.674.491	2%

Die Teilnahmequote ist bei den unter 20-Jährigen am geringsten, hier greifen eher Setting-Angebote. Die Teilnahmequote nimmt in der dritten Lebensdekade leicht zu und steigt mit zunehmendem Alter weiter an. Die größte Inanspruchnahme findet sich bei Menschen im Alter zwi-

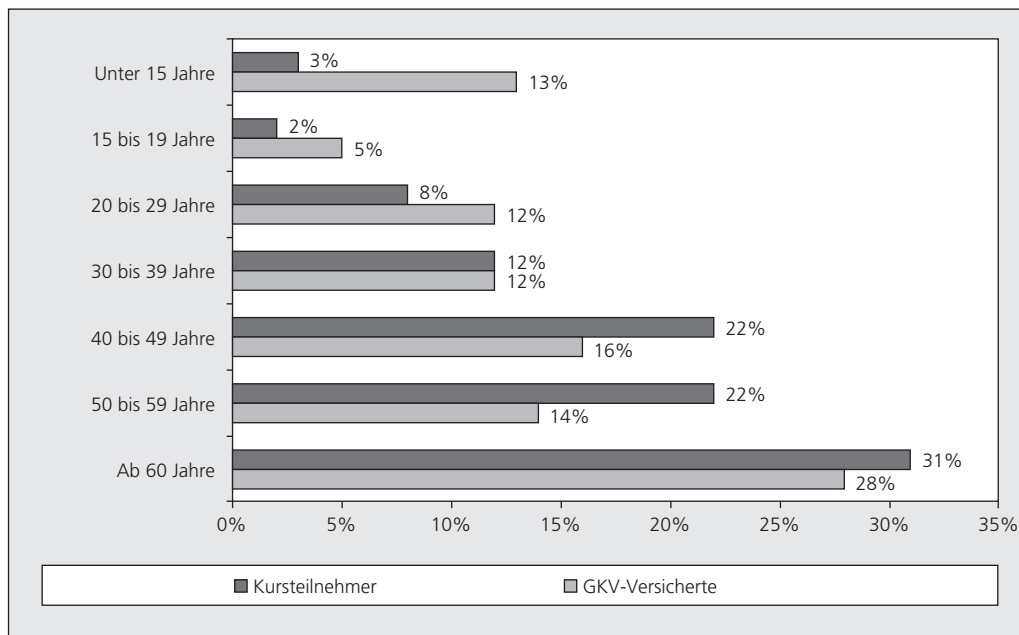
schen 50 und 59 Jahren. Das Auftreten von gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit zunehmendem Alter kann in dieser Altersgruppe verstärkt der Anlass sein, aktiv etwas für die eigene Gesundheit zu tun. Dieser Trend setzt sich auch bei den über 60-Jährigen fort.

Abb. 22 ist zu entnehmen, dass jüngere Versicherte bis 29 Jahren – gemessen an ihrem Anteil an den GKV-Versicherten – die Präventionsangebote deutlich unterproportional in Anspruch nehmen. Eine mögliche Ursache hierfür könnte sein, dass Gesundheitsbeschwerden in dieser Altersgruppe seltener auftreten und somit ein geringerer Anreiz besteht, aktiv gesundheitsorientierte Kurse aufzusuchen. Die Teilnahmequote bei den 30- bis

39-Jährigen entspricht ihrem Anteil an den GKV-Versicherten. Bei Menschen im Alter zwischen 40 und 59 Jahren führt die stärker ausgeprägte Inanspruchnahme dazu, dass diese Gruppe der Kursteilnehmer – gemessen an ihrem Anteil an den GKV-Versicherten – deutlich überproportional Präventionsangebote wahrnimmt. Auch bei den über 60-Jährigen ist die Teilnahme leicht überproportional zur Versichertenstruktur.

Abb. 22: Inanspruchnahme nach Alter

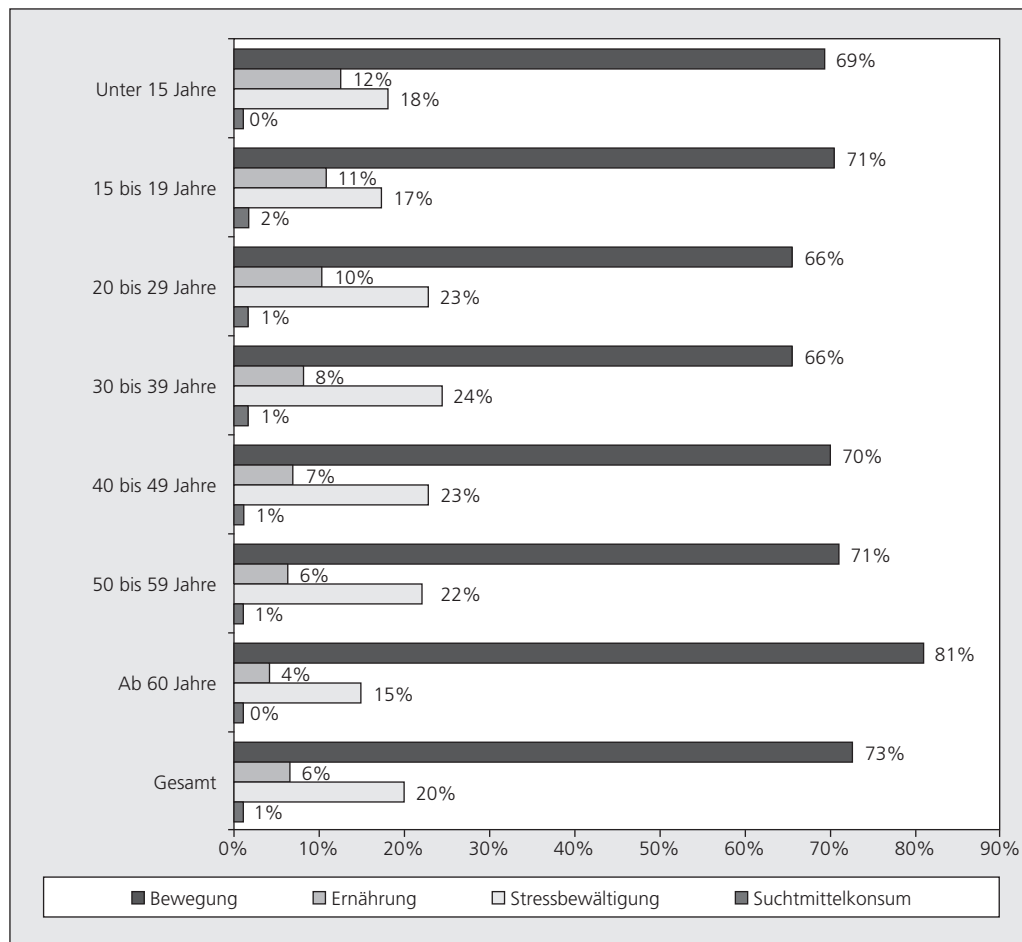
Quelle: Altersverteilung der GKV-Versicherten nach BMG: KM6. Stand: 10.10.2011
Vereinfachend wird von einer generell nur einmaligen Kursteilnahme je Jahr und Versicherter ausgegangen.



In der nachfolgenden Abbildung wird für jede Altersgruppe die Inanspruchnahme der einzelnen Handlungsfelder dargestellt. Die Abbildung ist folgendermaßen zu lesen: Unter den 30- bis 39-Jährigen

wählten 66% der Teilnehmer einen Bewegungs-, 8% einen Ernährungs-, 24% einen Stressbewältigungs- und 1% einen auf Suchtmittel bezogenen Kurs.

Abb. 23: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Handlungsfelder nach Alter



Das Interesse an verschiedenen Kursinhalten und ihre Inanspruchnahme nach Alter könnte die Bedürfnisse der Menschen in einzelnen Lebensabschnitten widerspiegeln. So nehmen Versicherte im mittleren Erwachsenenalter häufiger an den Kursen zur Stressbewältigung teil und gleichzeitig beteiligen sie sich seltener als andere Altersgruppen an Bewegungskursen. Dies könnte so interpretiert werden,

dass Menschen in dieser Lebensphase, beispielsweise durch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, einer generell höheren Stressbelastung ausgesetzt sind. Die größte Inanspruchnahme der Bewegungsangebote zeigen die über 60-Jährigen. Möglicherweise ist dies eine Reaktion auf die Wahrnehmung einer mit zunehmendem Alter abnehmenden Beweglichkeit und Ausdauerleistung.

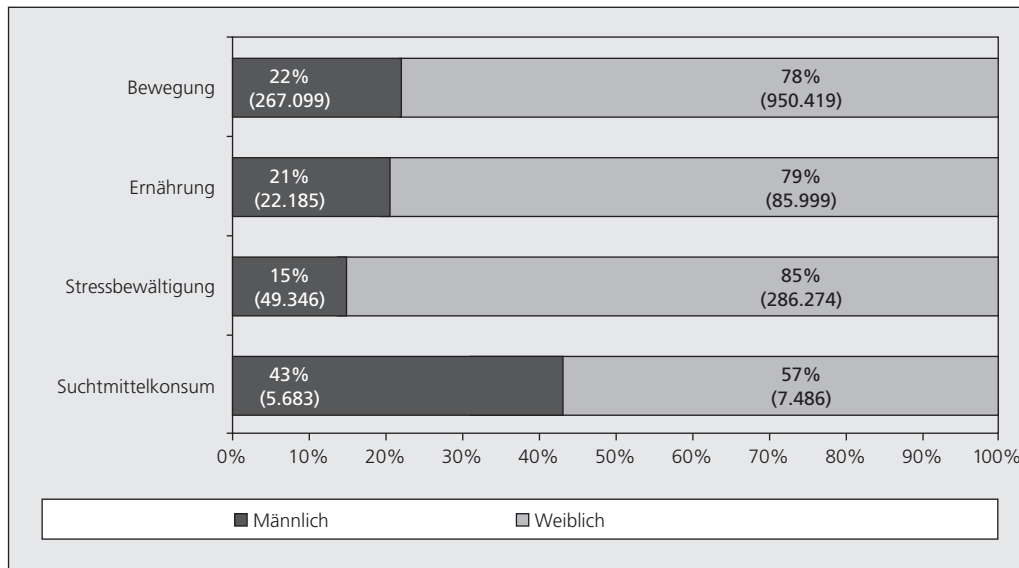
8.3.2 Geschlecht

Unter den GKV-Versicherten sind Frauen und Männer mit Anteilen von 53% und 47% ungefähr gleichmäßig verteilt.¹⁵ Kursangebote nach dem individuellen Ansatz werden überdurchschnittlich häufig von Frauen in Anspruch genommen. Dieses Ungleichgewicht hat sich im Jahr 2011 sogar noch verstärkt, da mit 79%

Frauen in den Präventionskursen der Anteil aus dem Vorjahr von 76% noch gesteigert wurde.

Die Geschlechtsverteilung in Bezug auf die einzelnen Handlungsfelder stellt die nachfolgende Abbildung dar.

Abb. 24: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Handlungsfelder nach Geschlecht



Männer nehmen vergleichsweise häufig an Kursen zum Thema Suchtmittelkonsum und zwar an Nichtraucherkursen teil. Dies kann im Zusammenhang mit der höheren Vorkommenshäufigkeit des Rauchens bei Männern gesehen werden. 57% der Raucher sind männlich.¹⁶ Bei ihnen besteht demnach objektiv ein höherer

Bedarf. „Raucherentwöhnungskurse“ finden häufig als Kompaktangebote oder auch „online“ statt. Diese inhaltliche und organisatorische Ausrichtung trifft bei Männern offensichtlich auf höheres Interesse, als dies bei der Ausrichtung der Kurse in anderen Handlungsfeldern der Fall ist.

¹⁵ BMG: KM6, Stand 10.10.2011

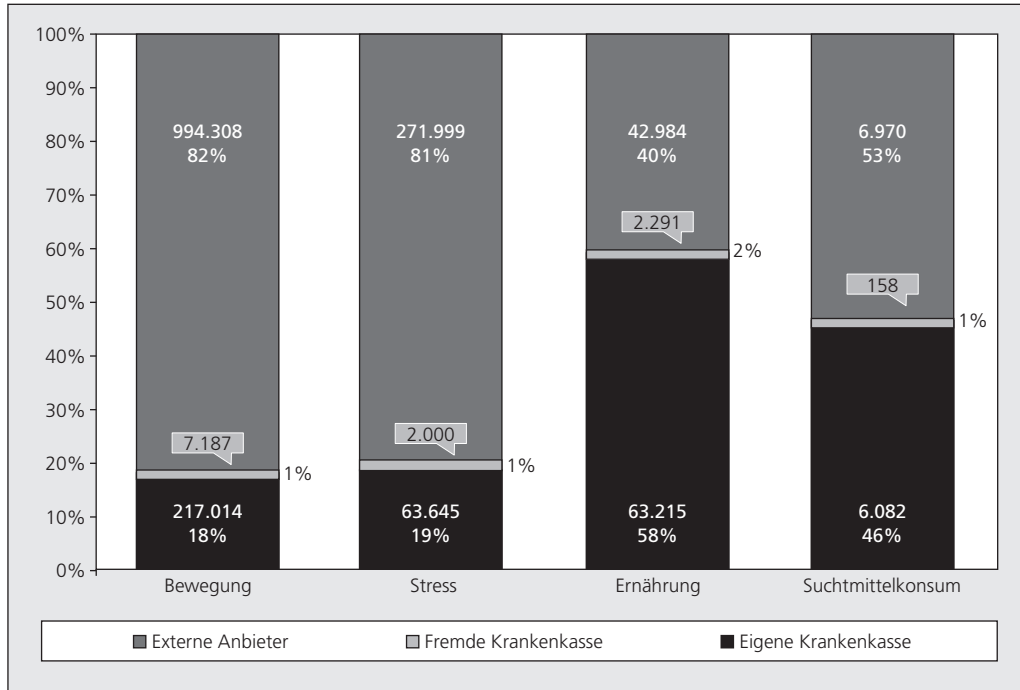
¹⁶ Statistisches Bundesamt, Rauchgewohnheiten der Bevölkerung, 2009

8.3.3 Leistungsanbieter

Insgesamt fanden 78% der Kursteilnahmen bei externen Anbietern statt. In fast allen anderen Fällen handelte es sich um Kursangebote der Krankenkasse der jeweiligen Versicherten. Nur selten suchten Versicherte Kurse anderer Krankenkassen auf (Abb. 25). In den Handlungsfeldern „Ernährung“ und „Suchtmittelkonsum“

organisierten die Krankenkassen im Jahr 2011 ungefähr die Hälfte der Angebote selbst. In den Handlungsfeldern „Bewegung“ und „Stress“ bieten flächendeckend z. B. Volkshochschulen und Vereine eine breite Angebotspalette, so dass die Versicherten weit überwiegend diese externen Anbieter nutzen.

Abb. 25: Leistungsanbieter in den jeweiligen Handlungsfeldern



9 Betriebliche Gesundheitsförderung

In der betrieblichen Gesundheitsförderung sind die gesetzlichen Krankenkassen seit vielen Jahren aktiv. Daher verfügen sie in diesem Feld über einen breiten Erfahrungsschatz und einen großen Fundus an bewährten Instrumenten, Methoden und Strategien. Die Handlungsfelder und Qualitätskriterien für das Engagement der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung sind im Leitfaden Prävention festgelegt.¹⁷

Die Bandbreite der Krankenkassen-Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung ist größer, als sich in den nachfolgenden Tabellen und Abbildungen widerspiegelt. Hier nicht dokumentierte Betreuungsaktivitäten sind z. B. die Erstellung betrieblicher Gesundheitsberichte auf Basis der Arbeitsunfähigkeitsdaten und ggf. weiterer anonymisierter Versorgungsdaten, Informationsveranstaltungen für Betriebe, auch im Rahmen von Netzwerken, sowie weitere überbetriebliche Aktivitäten zur Gesundheitsförderung. Diese Aktivitäten können zu Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung im engeren Sinne führen, die im Präventionsbericht dokumentiert sind.

Arbeitgeber und Unfallversicherungsträger sind verpflichtet, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten. Den Krankenkassen wiederum ist gesetzlich eine Unterstützungsfunktion für die „Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten“ zugeschrieben. § 20a SGB V verpflichtet die Krankenkassen zur Zusammenarbeit mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger. Der Beitrag der Krankenkassen besteht darin, gesundheitliche Risiken und Ressourcen zu ermitteln, Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation zu entwickeln und zur Umsetzung beizutragen. Hierbei sind die Beschäftigten und die Verantwortlichen für den Betrieb zu beteiligen. Die Krankenkassen können die Leistungen selbst erbringen. Sie können sie aber auch durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch Arbeitsgemeinschaften erbringen lassen.

Die Krankenkassen orientieren sich bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen am betrieblichen Bedarf. Sie verwenden dabei die in den letzten Jahren sowohl von Krankenkassen als auch anderen vielfach eingesetzten und bewährten Instrumente (z. B. Arbeitsunfähigkeits-Analyse, Gefährdungsermittlung und -beurteilung, arbeitsmedizinische Untersuchung, Befragung von Mitarbeitern im Hinblick auf Belastungen und Ressourcen, gesundheitlichen Beschwerden und Verhaltensweisen, Arbeitsplatzbegehung, betrieblicher Gesundheitszirkel).

Anhand des so ermittelten Bedarfs entwickeln sie in Abstimmung mit dem Betrieb und in der Regel auch in Abstimmung mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger ein individuelles Vorgehenskonzept zu Maßnahmen für ausgewählte Zielgruppen im Betrieb.

Wie umfassend eine Krankenkasse die Betriebe unterstützt oder Projekte durchführt, ist wesentlich von den Entscheidern und der jeweiligen Situation vor Ort abhängig. Aktionen wie z. B. Mitarbeiterbefragungen, Gesundheitstage und -wochen, Gesundheitsuntersuchungen und andere Einzelmaßnahmen können eine langfristig angelegte betriebliche Gesundheitsförderung einleiten. Am Ende sollten nachhaltige gesundheitsförderliche Prozess- und Strukturveränderungen in den Betrieben stehen.

Mittlerweile wird die betriebliche Gesundheitsförderung – insbesondere in Großbetrieben – zunehmend in ein umfassendes betriebliches Gesundheitsmanagement integriert. Das betriebliche Gesundheitsmanagement kann darüber hinaus beispielsweise Initiativen des Arbeitgebers zum Arbeitsschutz, zur Wiedereingliederung langfristig Erkrankter, zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie, zur Hilfe in privaten Krisen und anderes mehr umfassen.

Im Folgenden werden die Auswertungsergebnisse von Aktivitäten der Krankenkassen im Berichtsjahr 2011 insgesamt und gegliedert nach Branche, Betriebs-

¹⁷ GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene: Leitfaden Prävention, 2010

größe, Geschlecht der Mitarbeiter und Bundesland dargestellt. Weitere Auswertungen beziehen sich auf einen Vergleich

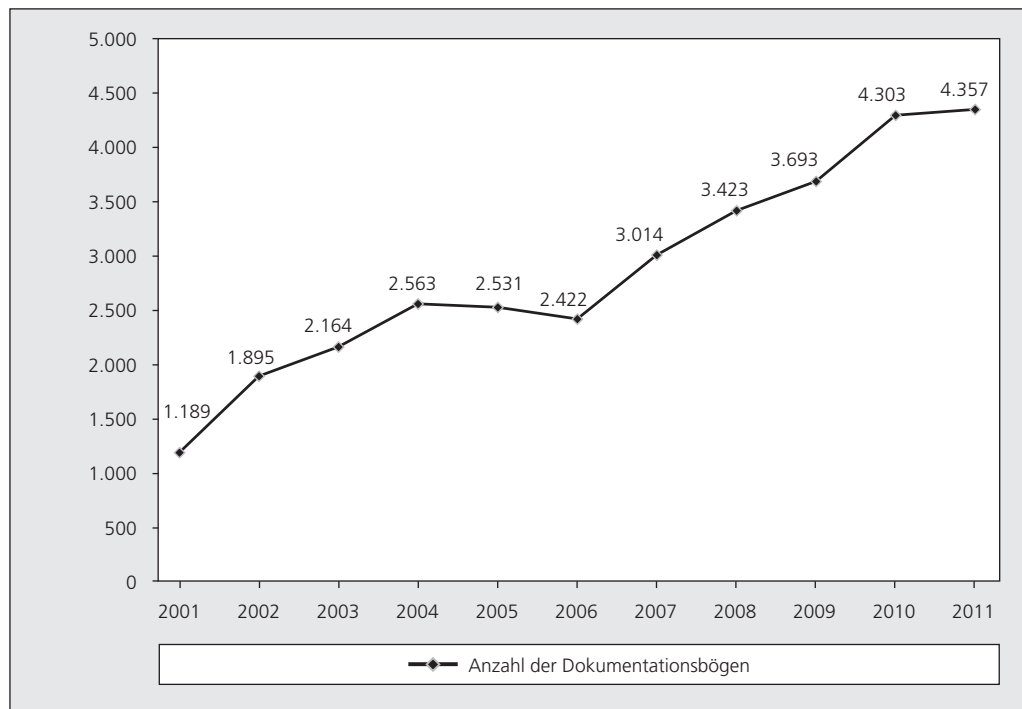
bei vorhandenen und fehlenden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen.

9.1 Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung

2011 konnten 6.798 Betriebe durch krankenkassengeförderte Maßnahmen erreicht werden. Dies entspricht einer Steigerung von 5% im Vergleich zum Vorjahr

(2010: 6.473). Dabei ist die Anzahl der Dokumentationsbögen um ein Prozent gestiegen.

Abb. 26: Anzahl der Dokumentationsbögen für die betriebliche Gesundheitsförderung



9.2 Branchen

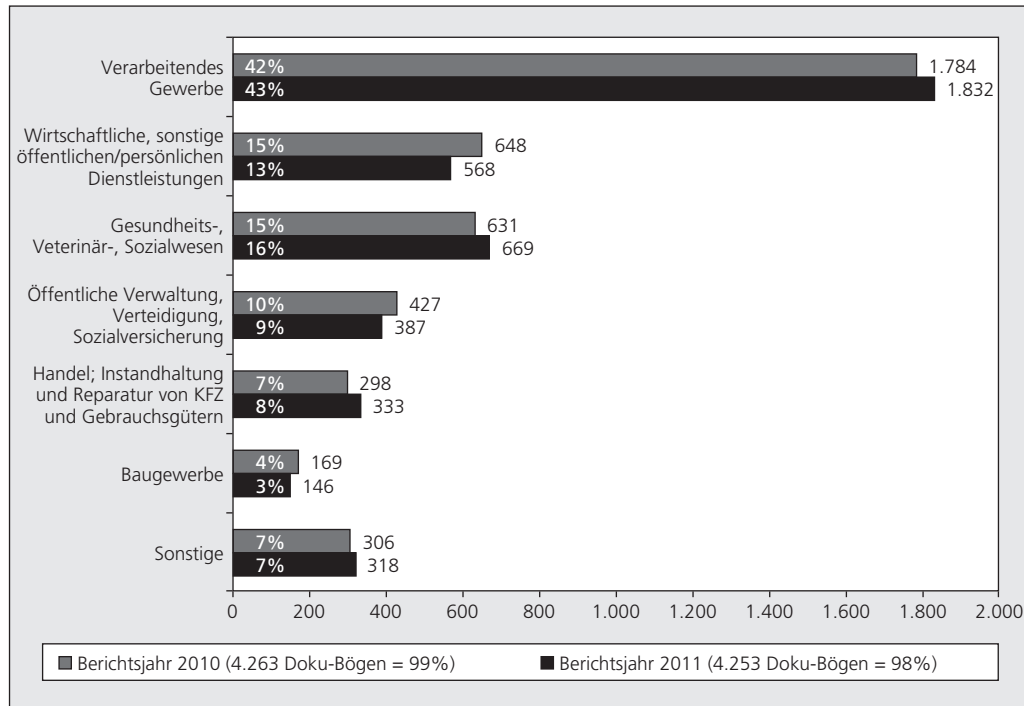
Eine differenzierte Betrachtung, wie sich die betriebliche Gesundheitsförderung über die verschiedenen Wirtschaftszweige verteilt, zeigt, dass mit 43% der größte Anteil der gesundheitsfördernden Maßnahmen in Betrieben des verarbeitenden Gewerbes stattfand. Wie in Abschnitt 9.12 gezeigt wird, sind viele Gesundheits-

förderungsmaßnahmen auf die Reduzierung bzw. Kompensation arbeitsbedingter körperlicher Belastungen bezogen.

Der Kategorie „Sonstige“ wurden Branchen zugeordnet, die in den betrachteten Jahren einen geringeren Anteil als 5% an den durchgeführten Projekten hatten.

Abb. 27: Branchen

Anmerkung: Auf die Darstellung der Zahlen für das Jahr 2009 wurde verzichtet, da eine vergleichende Interpretation aufgrund einer im Jahr 2010 neu eingeführten Klassifikation der Wirtschaftszweige nur bedingt möglich ist.



9.3 Anzahl der Standorte und Betriebe

56% aller Projekte in der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden in *einem* Unternehmen oder an *einem* Standort durchgeführt. Auf diese Weise wurden 3.773 Betriebe betreut. Bei den verbleibenden Projekten erfolgte die betriebliche Gesundheitsförderung an mehreren Standorten, wodurch 3.025 Betriebe er-

reicht wurden. Dies geschieht meist im Rahmen von Netzwerkprojekten, welche überwiegend bei Klein- und Kleinstbetrieben stattfinden. Mit insgesamt 6.798 Betrieben konnten 5% mehr Betriebe als im Vorjahr erreicht werden (2010: 6.473 Betriebe).

9.3.1 Erreichungsgrad von Betrieben mit hohem Anteil an Beschäftigten ohne Berufsausbildung

Die Grenzziehung „Betriebe mit mindestens 20 Prozent an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung einschließlich Auszubildende“ soll Betriebe mit einem hohen Anteil an „ungelernten“ Mitarbeitern identifizieren.

5% aller Betriebe, in denen die Krankenkassen Gesundheitsförderung unterstützten und mitgestalteten, fielen in diese Kategorie.

9.3.2 Standorte und Betriebe nach Bundesländern

Die überwiegende Mehrzahl der gelieferten Dokumentationsbögen enthielten Angaben dazu, in welchen Bundesländern Aktivitäten durchgeführt oder gefördert wurden. Nur 24 Projekte waren bundesweit – über alle Länder hinweg – ausgerichtet.

Bundesweite Projekte richteten sich im Durchschnitt an deutlich mehr Betriebe als Projekte in einzelnen Bundesländern. Projekte in den einzelnen Bundesländern erfassten jeweils nur eine kleine Anzahl von Betrieben. Dies zeigt, dass die Maßnahmen sehr spezifisch auf die Belange der Betriebe ausgerichtet waren.

Tabelle 17: Anzahl der betreuten Betriebe nach Bundesländern

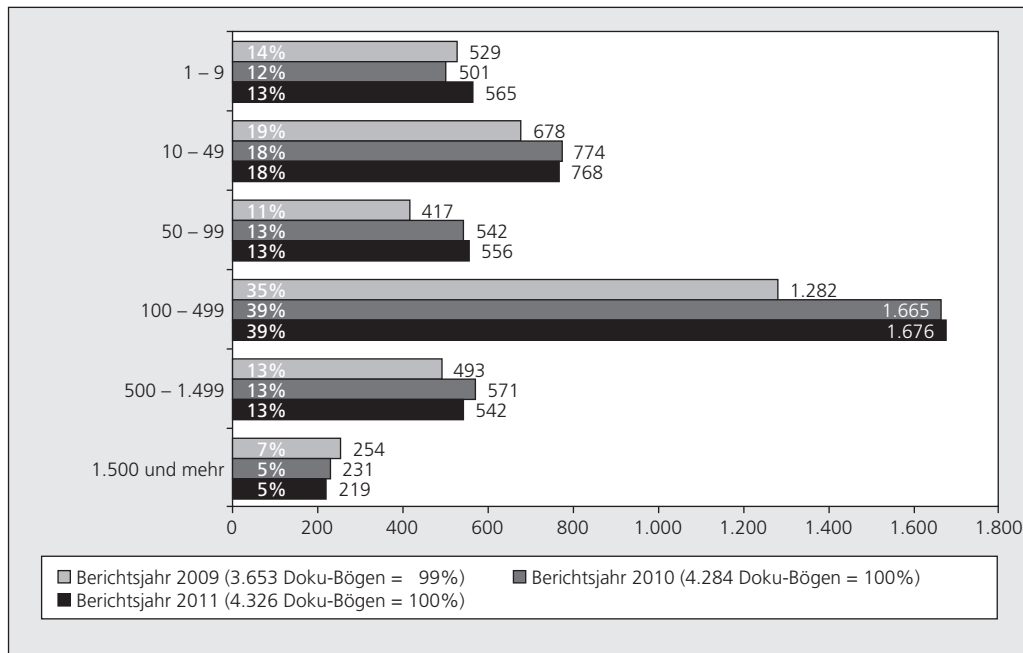
	Anzahl Projekte	Anzahl Betriebe	Mittlere Anzahl der Betriebe je Projekt
Bundesweite Projekte (über alle Länder hinweg)	24	343	14
Baden-Württemberg	210	327	2
Bayern	1.102	1.469	1
Bremen	44	92	2
Berlin	42	199	5
Brandenburg	42	134	3
Hamburg	74	222	3
Hessen	113	273	2
Mecklenburg-Vorpommern	95	187	2
Niedersachsen	185	363	2
Nordrhein-Westfalen	765	1.147	1
Rheinland-Pfalz	202	321	2
Saarland	76	114	2
Sachsen	143	806	6
Sachsen-Anhalt	502	1.277	3
Schleswig-Holstein	117	248	2
Thüringen	208	399	2

9.4 Betriebsgröße

Die Betriebsgröße wird hier durch die Anzahl der Beschäftigten im Betrieb definiert. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Verteilung der Betriebsgrößen unter allen einbezogenen Betrieben. Am stärksten sind weiterhin die Unternehmen mit 100 bis unter 500 Mitarbeitern an der be-

trieblichen Gesundheitsförderung beteiligt. Hierzu ist auf die neu beschlossenen Präventionsziele 2013 – 2018 zu verweisen, welche die verstärkte Förderung von Betrieben bis zu 99 Beschäftigten beinhalten (vgl. Kap. 6.2).

Abb. 28: Betriebsgröße (Anzahl der Beschäftigte)



9.4.1 Betriebsgröße nach Branchen

Bei der Differenzierung nach Branchen fällt auf, dass im Baugewerbe häufiger als in den anderen Branchen betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen Betrieben mit unter 50 Beschäftigten durchge-

führt wird. In der öffentlichen Verwaltung werden hingegen häufiger als in anderen Branchen größere Betriebe mit mehr als 100 Beschäftigten betreut.

Tabelle 18: Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte) nach Branchen

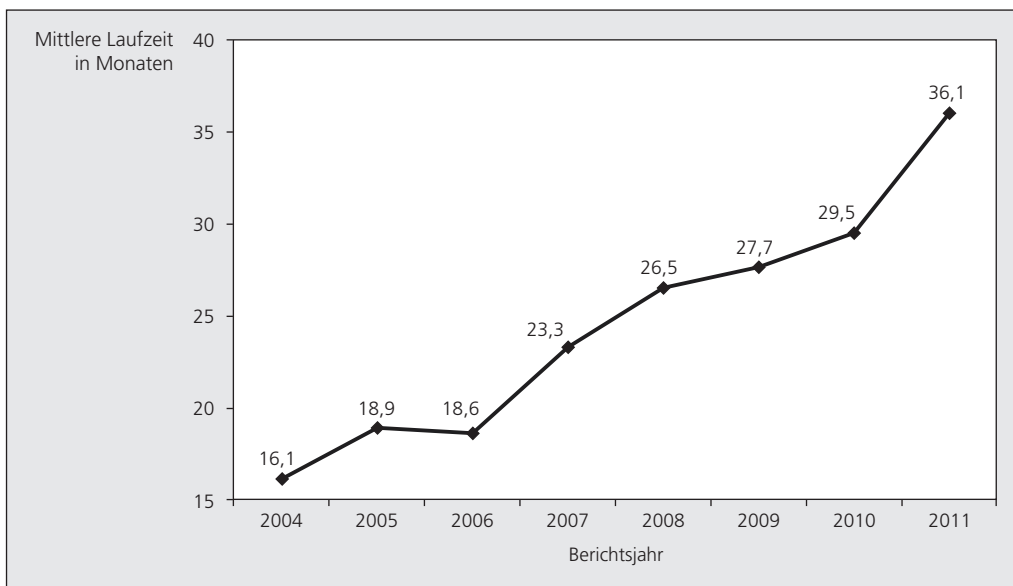
	Verarbeitendes Gewerbe N=1.832		Dienstleistungen N=568		Gesundheits- und Sozialwesen N=669	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1-9	368	20%	36	6%	8	1%
10-49	266	15%	113	20%	86	13%
50-99	140	8%	72	13%	183	27%
100-499	736	40%	230	41%	257	38%
500-1.499	221	12%	72	13%	107	16%
1.500 und mehr	97	5%	41	7%	27	4%
Gültige Angaben	1.828	100%	564	100%	668	100%
Fehlende Angaben	4		4		1	
	Öffentliche Verwaltung N=387		Handel N=333		Baugewerbe N=146	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1-9	5	1%	19	6%	17	12%
10-49	43	11%	93	28%	75	51%
50-99	41	11%	51	15%	14	10%
100-499	191	49%	141	42%	32	22%
500-1.499	74	19%	23	7%	4	3%
1.500 und mehr	32	8%	5	2%	4	3%
Gültige Angaben	386	100%	332	100%	146	100%
Fehlende Angaben	1		1		0	

9.5 Projektlaufzeit

Für 78% aller für das Berichtsjahr 2011 gemeldeten Projekte lagen Angaben zu den Laufzeiten der Gesundheitsförderungsmaßnahmen vor. Hier handelte es sich sowohl um endgültig feststehende Laufzeiten bei Aktivitäten, die zum Ende des Berichtsjahres abgeschlossen waren, als auch um geplante Laufzeiten von Projekten, welche noch nicht abgeschlossen waren. Bei letzteren sind noch Abweichungen von der Planung möglich.

Die Laufzeit eines Projekts kann als ein Indikator für nachhaltiges betriebliches Gesundheitsmanagement angesehen werden. Der steigende Trend bei der Laufzeit setzt sich seit 2006 kontinuierlich fort, und die mittlere Laufzeit beträgt inzwischen knapp über drei Jahre.

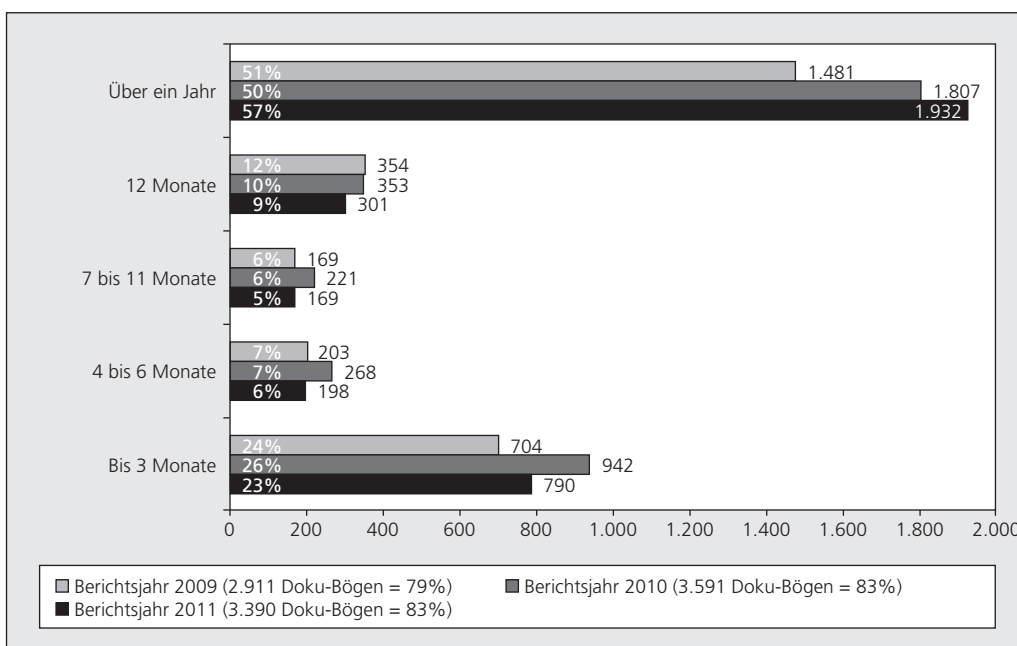
Abb. 29: Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten



Die Steigerung in der durchschnittlichen Laufzeit kann dabei insbesondere darauf zurückgeführt werden, dass der Anteil von Projekten mit einer Laufzeit von mehr

als einem Jahr deutlich angestiegen ist. So erhöhte sich der Anteil dieser Langzeitprojekte von 50% im Jahr 2010 auf knapp 57% im Jahr 2011.

Abb. 30: Laufzeit der Aktivitäten in Monaten



9.5.1 Projektlaufzeit nach Branche

Die durchschnittliche Laufzeit variiert zwischen den verschiedenen Branchen von knapp zwei Jahren bis mehr als dreiein-

halb Jahre. Dabei war die durchschnittliche Projektlaufzeit im verarbeitenden Gewerbe deutlich am längsten.

Tabelle 19: Laufzeit nach Branche

	Verarbeitendes Gewerbe N=1.832		Dienstleistungen N=568		Gesundheits- und Sozialwesen N=669	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 3 Monate	389	25%	188	40%	124	23%
4 bis 6 Monate	69	4%	28	6%	36	7%
7 bis 11 Monate	46	3%	24	5%	37	7%
12 Monate	122	8%	49	10%	49	9%
Über ein Jahr	955	60%	185	39%	291	54%
Gültige Angaben	1.581	100%	474	100%	537	100%
Fehlende Angaben	251		94		132	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	43,5		32,2		25,9	
	Öffentliche Verwaltung N=387		Handel N=333		Baugewerbe N=146	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 3 Monate	98	33%	131	49%	49	39%
4 bis 6 Monate	23	8%	16	6%	7	6%
7 bis 11 Monate	19	6%	15	6%	4	3%
12 Monate	14	5%	26	10%	18	14%
Über ein Jahr	146	49%	81	30%	48	38%
Gültige Angaben	300	100%	269	100%	126	100%
Fehlende Angaben	87		64		20	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	27,7		22,1		31,4	

9.5.2 Projektlaufzeit nach Betriebsgröße

Die Betriebsgröße kann die Eigenschaften der zum Einsatz kommenden gesundheitsfördernden Maßnahmen sowie die Auswahl der Analyseinstrumente in diesem Betrieb beeinflussen. Deswegen werden im Folgenden einige Projektbestandteile nach der Betriebsgröße ausgewertet.

Die gesundheitsfördernden Maßnahmen liefern in den großen Betrieben mit mehr

als 500 Beschäftigten sowie bei Kleinbetrieben mit unter neun Beschäftigten im Schnitt am längsten. Eventuell liegt das daran, dass in den Kleinbetrieben mangels Zeitressourcen ein längerer Planungs- und Einführungsprozess erforderlich ist, während es bei den Großbetrieben länger dauert, die größere Zahl an Mitarbeitern einzubeziehen.

Tabelle 20: Laufzeit nach Betriebsgröße

	1 bis 9 Beschäftigte N=565		10 bis 49 Beschäftigte N=768		50 bis 99 Beschäftigte N=556	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 3 Monate	73	13%	276	42%	166	36%
4 bis 6 Monate	10	2%	47	7%	25	5%
7 bis 11 Monate	10	2%	41	6%	20	4%
12 Monate	45	8%	64	10%	32	7%
Über ein Jahr	415	75%	236	36%	221	48%
Gültige Angaben	553	100%	664	100%	464	100%
Fehlende Angaben	12		104		92	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	44,3		20,8		30,6	
	100 bis 499 N=1.676		500 bis 1.499 Beschäftigte N=542		1.500 und mehr Beschäftigte N=219	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 3 Monate	348	26%	118	27%	65	39%
4 bis 6 Monate	87	6%	22	5%	7	4%
7 bis 11 Monate	68	5%	27	6%	3	2%
12 Monate	116	9%	29	7%	12	7%
Über ein Jahr	743	55%	239	55%	78	47%
Gültige Angaben	1.362	100%	435	100%	165	100%
Fehlende Angaben	314		107		54	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	38,1		45,9		47,3	

9.6 Erreichte Personen

Die Schätzzahl direkt erreichter Personen durch Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung ist im Vergleich zum Vorjahr um 19% angestiegen. Insgesamt wurden damit 3% aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland erreicht.

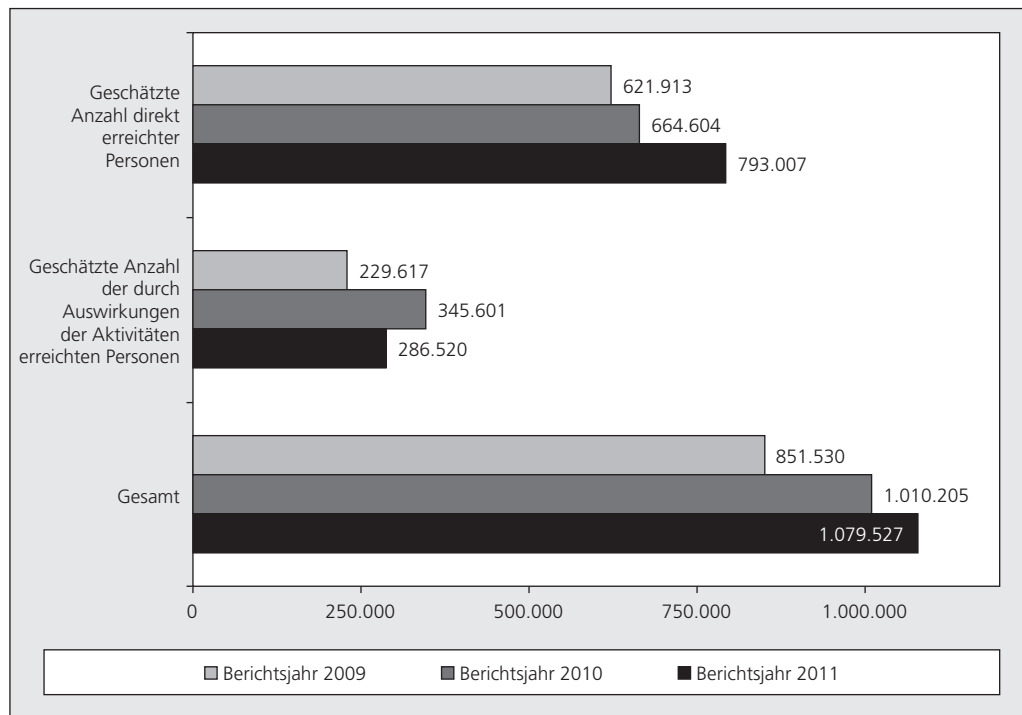
Direkt erreicht werden die Teilnehmer an Veranstaltungen und Maßnahmen. Indirekt können Beschäftigte dadurch erreicht werden, dass die „direkten“ Teilnehmer oder Multiplikatoren ihre gewonnenen Informationen weitergeben. Wenn Multiplikatoren geschult werden, wirkt sich diese Schulung auf weitere Personen aus. Auch können die Beschäftigten indirekt durch verhältnisbezogene Maßnahmen im Betrieb erreicht werden.

Zu den Aktivitäten, die sowohl direkt als auch indirekt wirken, zählen Gesund-

heitszirkel. An ihnen nehmen zwar nur wenige Mitarbeiter einer Abteilung oder eines Arbeitsbereiches teil, aber die im Zirkel erarbeiteten Erkenntnisse und Maßnahmen werden in den gesamten Arbeitsbereich eingebracht und der Belegschaft bekannt gemacht. Auf diese Weise profitieren deutlich mehr Mitarbeiter als nur die Zirkelteilnehmer von den Maßnahmen.

Die von den Krankenkassen gemeldeten Zahlen zu den indirekt erreichten Personen sind nach einem starken Zuwachs im Jahr 2010 im letzten Jahr wieder etwas gesunken. Jedoch ist die Zahl der indirekt Erreichten nicht einfach zu schätzen, deswegen sollten diese Zahlen nicht überinterpretiert werden.

Abb. 31: Erreichte Personen (Schätzzahlen)



9.6.1 Erreichte Personen nach Branche

Der Anteil der Beschäftigten über 49 Jahre an den insgesamt erreichten Personen ist zwischen den einzelnen Branchen relativ gleich verteilt. Dieser liegt zwischen 19% und 28%.

Tabelle 21: Erreichte Personen nach Branche

	Verarbeitendes Gewerbe N=1.832				Dienstleistungen N=568			
	Minimum	Maximum	Summe	Prozent	Minimum	Maximum	Summe	Prozent
Anzahl direkt erreichter Pers.	1	48.000	324.995	100%	1	10.000	96.162	100%
... davon mindestens 50 Jahre alt	1	7.500	67.377	21%	1	6.000	26.798	28%
Auswirkung auf schätzungsweise ... weitere Personen	1	46.000	133.563	100%	1	10.000	60.897	100%
... davon mindestens 50 Jahre alt	1	6.500	27.314	20%	1	1.400	7.070	12%
Erreichte Personen gesamt	458.558			100%	157.059			100%
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	94.691			21%	33.868			22%
	Gesundheits- und Sozialwesen N=669				Öffentliche Verwaltung N=387			
	Minimum	Maximum	Summe	Prozent	Minimum	Maximum	Summe	Prozent
Anzahl direkt erreichter Pers.	1	46.189	140.368	100%	1	3.779	68.203	100%
... davon mindestens 50 Jahre alt	1	6.000	38.063	27%	1	1.264	18.705	27%
Auswirkung auf schätzungsweise ... weitere Personen	1	2.000	38.825	100%	5	10.000	29.385	100%
... davon mindestens 50 Jahre alt	1	800	9.308	24%	1	1.000	5.430	18%
Erreichte Personen gesamt	179.193			100%	97.588			100%
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	47.371			26%	24.135			25%
	Handel N=333				Baugewerbe N=146			
	Minimum	Maximum	Summe	Prozent	Minimum	Maximum	Summe	Prozent
Anzahl direkt erreichter Pers.	1	5.945	36.151	100%	1	500	6.711	100%
... davon mindestens 50 Jahre alt	1	1.600	8.138	23%	1	100	1.280	19%
Auswirkung auf schätzungsweise ... weitere Personen	1	1.000	8.014	100%	1	617	2.548	100%
... davon mindestens 50 Jahre alt	1	280	1.680	21%	1	100	571	22%
Erreichte Personen gesamt	44.165			100%	9.259			100%
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	9.818			22%	1.851			20%

9.6.2 Erreichungsgrad nach Geschlecht

In den Dokumentationsbögen wurde differenziert abgefragt, ob sich die Aktivitäten gleichermaßen an beide Geschlechter oder speziell an die Zielgruppe weiblicher bzw. männlicher Personen richteten.

Gemäß dem jetzt im zweiten Jahr eingesetzten Berechnungsmodus für die erreichten Personen wird für jedes einzelne Projekt (= Dokumentationsbogen) fest-

gestellt, ob sich das Projekt spezifisch an Männer oder Frauen gerichtet hat. In diesem Fall werden die Angaben zur Zahl der erreichten Personen vollständig diesem Geschlecht zugeordnet. Für den Fall, dass sich die Aktivitäten gleichermaßen an beide Geschlechter richten, erfolgt eine hälftige Aufteilung. Die unten stehende Berechnung basiert auf Schätzzahlen der direkt erreichten Personen.

Tabelle 22: Frauenanteil nach Branchen

	Verarbeitendes Gewerbe N=1.832		Dienstleistungen N=568		Gesundheits- und Sozialwesen N=669	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0-25%	1.168	66%	131	25%	36	8%
26-50%	406	23%	172	32%	172	40%
51-75%	169	10%	154	29%	154	35%
76-100%	28	2%	73	14%	73	17%
Gültige Angaben	1.771	100%	530	100%	435	100%
Fehlende Angaben	61		38		234	
	Öffentliche Verwaltung N=387		Handel N=333		Baugewerbe N=146	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0-25%	46	13%	118	37%	118	83%
26-50%	105	29%	67	21%	16	11%
51-75%	181	50%	84	26%	6	4%
76-100%	33	9%	48	15%	3	2%
Gültige Angaben	365	100%	317	100%	143	100%
Fehlende Angaben	22		16		3	

Die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden von den Krankenkassen überwiegend in Bereichen mit körperlichen Belastungen, wie dem verarbeitenden Gewerbe und dem Baugewerbe, umgesetzt. In solchen Betrieben ist der Anteil der Frauen gering. Dies führt dazu, dass durch die betriebliche Gesundheitsförderung insgesamt mehr Männer als Frauen erreicht werden. In 43% der betreuten Betriebe liegt der Frauenanteil unter einem Viertel.

Eine gewisse Konzentration der betrieblichen Gesundheitsförderung auf männli-

che Beschäftigte schafft einen Ausgleich zum individuellen Ansatz, der vorwiegend von Frauen in Anspruch genommen wird.

Die in der nachfolgenden Tabelle vollzogene Differenzierung nach Branchen zeigt, dass Männer in allen Branchen häufiger durch gesundheitsfördernde Maßnahmen erreicht werden. Eine Ausnahme stellt die öffentliche Verwaltung und das Gesundheits- und Sozialwesen dar, wo mehr Frauen als Männer erreicht werden.

Tabelle 23: Anteil der direkt erreichten männlichen Personen nach Branchen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte am Arbeitsort nach Wirtschaftsabschnitten. Stand: 31.12.2011

	Verarbeitendes Gewerbe	Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen	Dienstleistungen
Durch BGF erreichte männliche Personen	72%	31%	53%
Männliche Beschäftigte bundesweit	75%	20%	60%
	Baugewerbe	Handel	Öffentliche Verwaltung
Durch BGF erreichte männliche Personen	76%	50%	40%
Männliche Beschäftigte bundesweit	87%	48%	37%

In kleinen Betrieben mit unter 50 Beschäftigten liegt der Frauenanteil deutlich niedriger als in mittleren und Großbetrieben.

Tabelle 24: Frauenanteil im Betrieb nach Betriebsgröße

	1 bis 9 Beschäftigte N=565		10 bis 49 Beschäftigte N=768		50 bis 99 Beschäftigte N=556	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0-25%	419	75%	390	53%	170	32%
26-50%	31	6%	119	16%	117	22%
51-75%	73	13%	108	15%	136	25%
76-100%	37	7%	119	16%	111	21%
Gültige Angaben	560	100%	736	100%	534	100%
Fehlende Angaben	5		32		22	
	100 bis 499 N=1.676		500 bis 1.499 Beschäftigte N=542		1.500 und mehr Beschäftigte N=219	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0-25%	575	36%	151	30%	65	33%
26-50%	429	27%	143	28%	72	37%
51-75%	443	28%	170	33%	48	24%
76-100%	155	10%	44	9%	12	6%
Gültige Angaben	1.602	100%	508	100%	197	100%
Fehlende Angaben	74		34		22	

9.6.3 Erreichte Personen nach Bundesländern

Der Erreichungsgrad der Beschäftigten durch betriebliche Gesundheitsförderung unterscheidet sich je nach Bundesland recht deutlich in Abhängigkeit von inhaltlicher Ausrichtung und Struktur der Projekte.

Tabelle 25: Erreichte Personen nach Bundesländern

Anmerkung: Es muss berücksichtigt werden, dass nur „neue“ Dokumentationsbögen Angaben zu den Bundesländern enthalten. Alte Dokumentationsbögen werden hier als fehlende Angaben gewertet, da die Variable hier nicht abgefragt wurde.

Quelle der Angaben zu den Beschäftigtenzahlen nach Bundesländern: Statistisches Bundesamt Deutschland: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte am Arbeitsort nach Ländern, Vollzeitbeschäftigten, Teilzeitbeschäftigten, Auszubildenden, Stand: 30.09.2011

	Anzahl Projekte	Anzahl direkt erreichter Personen	Erreichte Personen je 100 TSD Beschäftigte
Bundesweite Projekte (über alle Länder hinweg)	24	106.634	377
Baden-Württemberg	210	85.527	2.163
Bayern	1.102	150.456	3.230
Bremen	44	19.674	6.768
Berlin	42	63.495	5.543
Brandenburg	42	13.821	1.808
Hamburg	74	87.479	10.490
Hessen	113	80.196	3.601
Mecklenburg-Vorpommern	95	18.310	3.444
Niedersachsen	185	65.723	2.609
Nordrhein-Westfalen	765	261.132	4.394
Rheinland-Pfalz	202	101.576	8.145
Saarland	76	39.148	10.944
Sachsen	143	95.540	6.655
Sachsen-Anhalt	502	61.884	8.091
Schleswig-Holstein	117	70.576	8.375
Thüringen	208	29.211	3.872

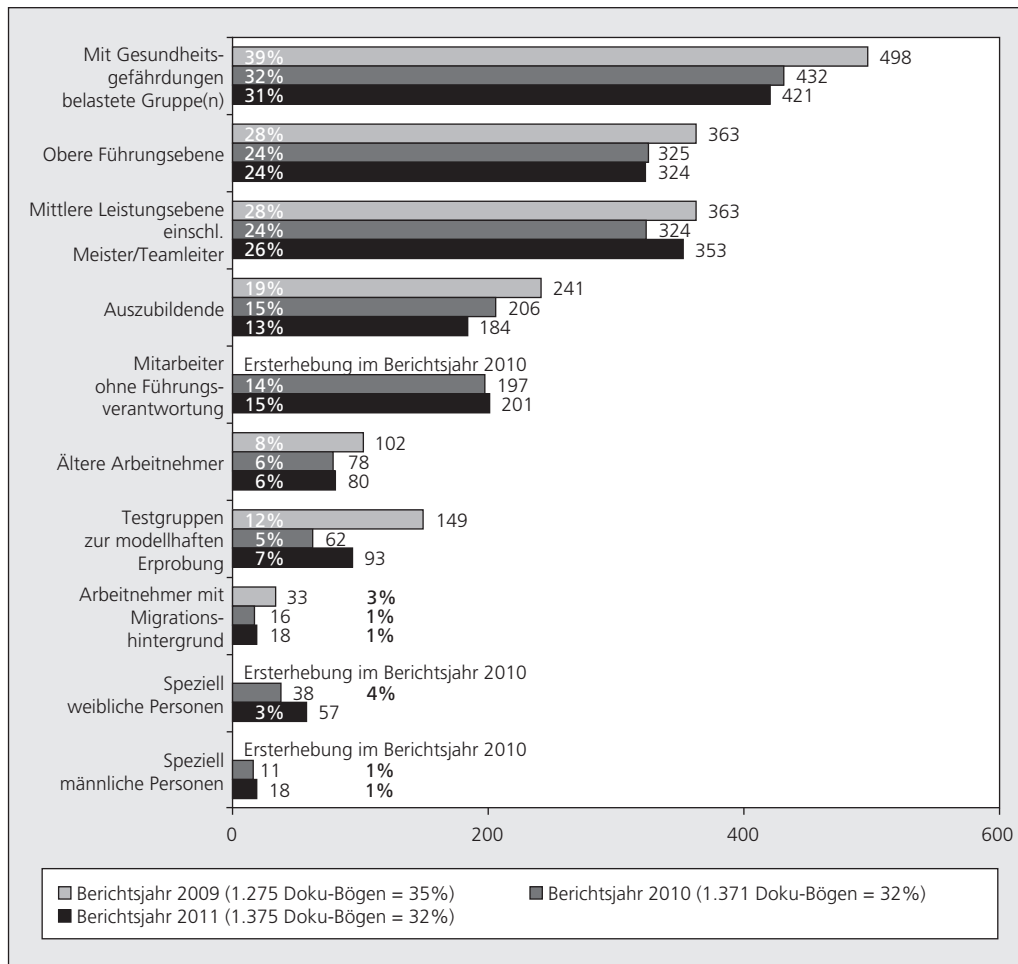
9.7 Zielgruppen

Die Interventionen waren im Jahr 2011 bei 32% aller Projekte auf spezifische Zielgruppen gerichtet. In den verbleibenden Fällen waren die Aktivitäten auf *alle*

Beschäftigten ausgerichtet. Die nachfolgende Abbildung stellt dar, welche Zielgruppen jeweils im Vordergrund standen.

Abb. 32: Zielgruppen

(Mehrfachnennungen möglich)



Da erst seit 2010 unterschieden wird, ob die Aktivitäten speziell an weibliche oder männliche Personen gerichtet sind, ist der Jahresvergleich bei diesen Zielgruppen erst ab diesem Jahr möglich. Erkennen lässt sich, dass die Präventionsmaßnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung eher selten spezifisch an Frauen oder an Männer gerichtet sind. Dabei fällt jedoch auf, dass Frauen deutlich häufiger als Männer Zielgruppe waren.

Es zeigt sich außerdem, dass die Angebote häufiger an Mitarbeiter der oberen und mittleren Leitungsebene gerichtet waren als an Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung. Der stärkere Fokus auf die Leitungsebene ist sicherlich auf deren Schlüsselrolle im Gesundheitsmanagement eines Betriebes zurückzuführen. Dabei kann der Führungsstil erheblichen Einfluss auf die Gesunderhaltung der Mitarbeiter haben.

9.7.1 Zielgruppen nach Branchen

Die besondere Zielgruppenorientierung auf mit Gesundheitsgefahren belastete Gruppen sowie auf Mitarbeiter mit Führungsverantwortung lässt sich über alle Branchen hinweg feststellen.

Tabelle 26: Zielgruppen nach Branchen

(Mehrfachnennungen möglich)

	Verarbeitendes Gewerbe n=519		Dienstleistungen n=193		Gesundheits- und Sozialwesen n=240	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Speziell weibliche Personen	11	2%	6	3%	20	8%
Speziell männliche Personen	12	2%	2	1%	0	0%
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	165	32%	59	31%	79	33%
Ältere Arbeitnehmer	34	7%	6	3%	19	8%
Arbeitnehmer mit Migrationshintergrund	11	2%	1	1%	2	1%
Auszubildende	67	13%	25	13%	17	7%
Obere Führungsebene	124	24%	41	21%	62	26%
Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/Teamleiter	141	27%	47	24%	58	24%
Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung	75	14%	33	17%	31	13%
Testgruppe zur modellhaften Erprobung	43	8%	11	6%	20	8%
Andere Zielgruppe	40	8%	23	12%	40	17%
Keine Angaben zu Zielgruppen	9		3		3	
	Öffentliche Verwaltung n=121		Handel n=77		Baugewerbe n=59	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Speziell weibliche Personen	5	4%	6	8%	2	3%
Speziell männliche Personen	1	1%	1	1%	1	2%
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	32	26%	26	34%	17	29%
Ältere Arbeitnehmer	10	8%	4	5%	2	3%
Arbeitnehmer mit Migrationshintergrund	0	0%	1	1%	1	2%
Auszubildende	9	7%	6	8%	11	19%
Obere Führungsebene	45	37%	18	23%	16	27%
Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/Teamleiter	43	36%	23	30%	18	31%
Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung	23	19%	14	18%	12	20%
Testgruppe zur modellhaften Erprobung	11	9%	2	3%	1	2%
Andere Zielgruppe	16	13%	4	5%	4	7%
Keine Angaben zu Zielgruppen	2		3		146	

9.7.2 Zielgruppen nach Betriebsgrößen

Maßnahmen in Kleinstbetrieben sprechen häufiger als in anderen Betrieben speziell Auszubildende an. Dies kann auf den hohen Anteil an Auszubildenden in kleinen Betrieben zurückgeführt werden. In den größeren Betrieben liegt mit etwa einem Drittel der Maßnahmen der Schwerpunkt

auf den mit Gesundheitsgefährdungen belasteten Gruppen, gefolgt von der mittleren und oberen Führungsebene. Die Führungsebenen sind in den Betrieben mit mehr als 50 Mitarbeitern bei mindestens der Hälfte Zielgruppe.

Tabelle 27: Zielgruppen nach Betriebsgröße

(Mehrfachnennungen möglich)

	1 bis 9 Beschäftigte n=89		10 bis 49 Beschäftigte n=174		50 bis 99 Beschäftigte n=163	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Speziell weibliche Personen	7	8%	16	9%	12	7%
Speziell männliche Personen	1	1%	6	3%	2	1%
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	10	11%	52	30%	48	29%
Ältere Arbeitnehmer	0	0%	5	3%	15	9%
Arbeitnehmer mit Migrationshintergrund	0	0%	3	2%	1	1%
Auszubildende	28	31%	21	12%	23	14%
Obere Führungsebene	7	8%	31	18%	47	29%
Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/Teamleiter	9	10%	31	18%	40	25%
Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung	2	2%	23	13%	26	16%
Testgruppe zur modellhaften Erprobung	4	4%	10	6%	6	4%
Andere Zielgruppe	11	12%	18	10%	19	12%
Keine Angaben zu Zielgruppen	8		7		4	
	100 bis 499 n=613		500 bis 1.499 n=232		1.500 und mehr n=101	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Speziell weibliche Personen	12	2%	7	3%	3	3%
Speziell männliche Personen	8	1%	1	0%	0	0%
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	193	31%	79	34%	39	39%
Ältere Arbeitnehmer	40	7%	12	5%	8	8%
Arbeitnehmer mit Migrationshintergrund	4	1%	7	3%	3	3%
Auszubildende	52	8%	29	13%	31	31%
Obere Führungsebene	154	25%	58	25%	25	25%
Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/Teamleiter	185	30%	63	27%	24	24%
Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung	107	17%	32	14%	11	11%
Testgruppe zur modellhaften Erprobung	34	6%	23	10%	16	16%
Andere Zielgruppe	58	9%	23	10%	16	16%
Keine Angaben zu Zielgruppen	5		3		0	

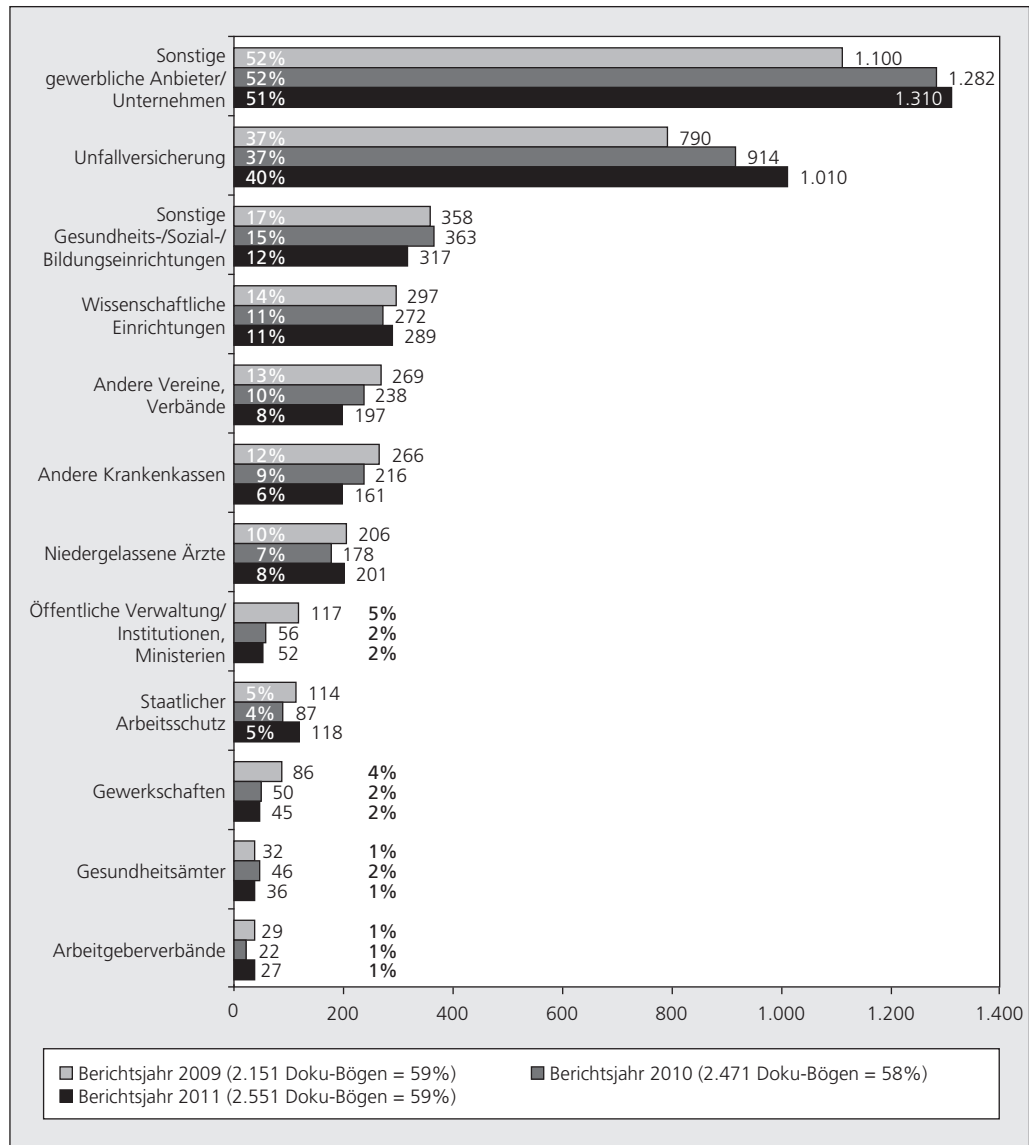
9.8 Kooperationspartner

Am häufigsten wurden – wie in den Vorjahren – gewerbliche Anbieter bzw. Un-

ternehmen sowie die Unfallversicherung als Kooperationspartner gewählt.

Abb. 33: Kooperationspartner

(Mehrfachnennungen möglich)



9.9 Koordination und Steuerung

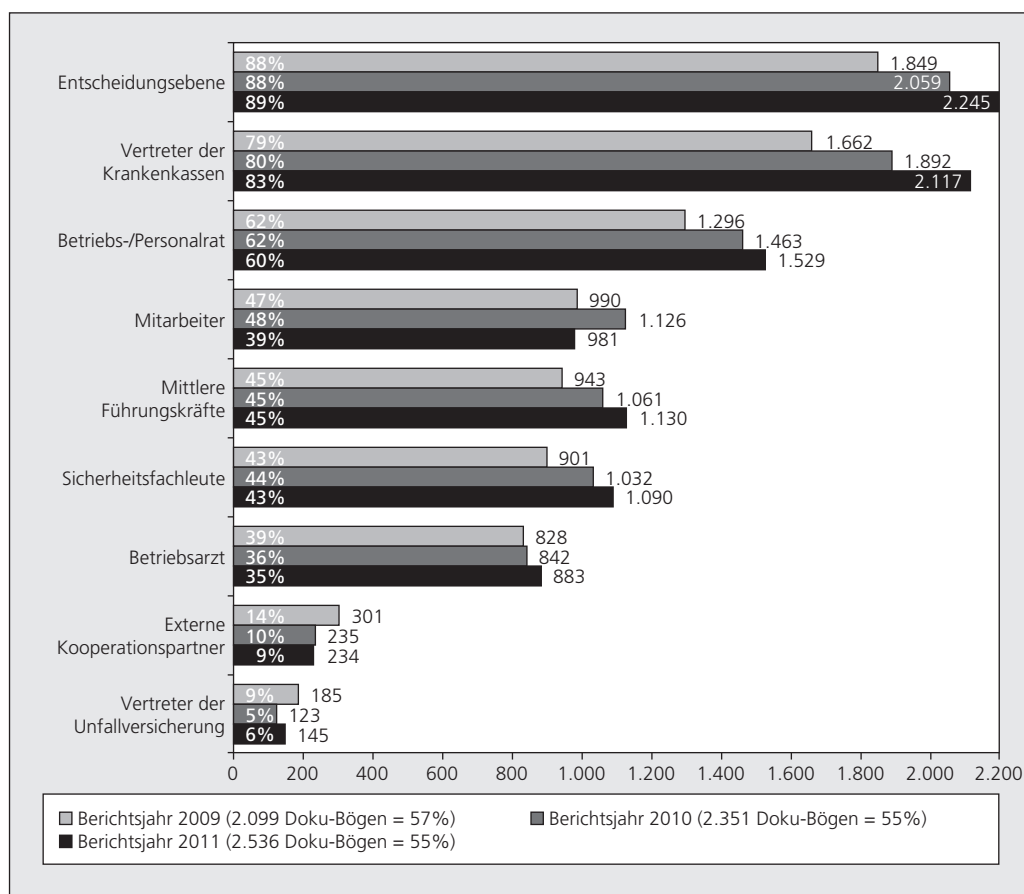
Koordinations- und Steuerungsstrukturen spielen eine wesentliche Rolle bei der Planung und dauerhaften Etablierung der Präventionsmaßnahmen in den Betrieben. Die Maßnahmen werden durch ein Steuerungsgremium – z. B. einen „Arbeitskreis Gesundheit“ – geleitet und koordiniert, in dem die relevanten Akteure vertreten sind. Solche Strukturen stellen sicher, dass umfassende Bedarfsanalysen, geeignete Interventionen und Erfolgskontrollen durchgeführt werden (vgl. Abschnitt 9.15). Projekte, die Koordinations- und Steuerungsstrukturen aufgebaut haben, sind tendenziell „anspruchsvoller“ und die eingeleiteten Maßnahmen sind von höherer Qualität. Daher sind solche Projekte auch erfolgsversprechender.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung waren Koordinations- und Steuerungsstrukturen etwas seltener vorhanden als im Setting-Ansatz. Während ihr Anteil im Setting-Ansatz bei 71% lag, betrug er in der betrieblichen Gesundheitsförderung 59% aller Projekte. Speziell in kleinen Betrieben sind Koordinations- und Steuerungsstrukturen seltener.

Die nachfolgende Abbildung stellt die verschiedenen Gruppen im Steuerungsgremium dar. Fast alle Vertretergruppen haben über die Jahre einen deutlichen Zuwachs erfahren, während sich das Ranking in den letzten Jahren nicht verändert hat.

Abb. 34: Vertreter im Steuerungsgremium

(Mehrfachnennungen möglich)



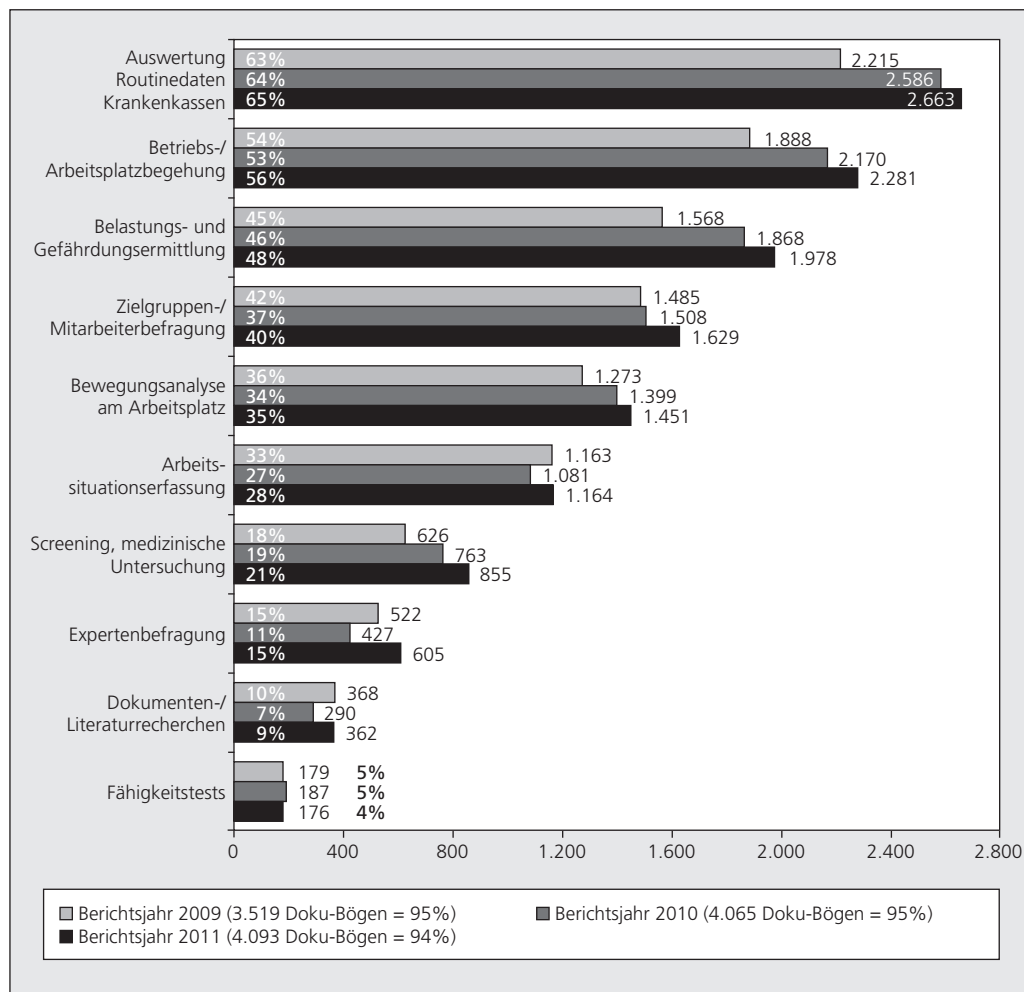
9.10 Bedarfsermittlung

Analysen der Belastungen am Arbeitsplatz, der Arbeitssituation im Betrieb, Mitarbeiterbefragungen und weitere Informationsquellen geben Hinweise, welche Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für welchen Betrieb bzw. welche Beschäftigtengruppe Erfolg versprechen. Standardmaßnahmen der Gesundheitsförderung, die bei jedem Betrieb gleichermaßen erfolgreich eingesetzt werden können, gibt es nicht.

Im Jahr 2011 wurden bei 94% der Projekte solche vorgängigen Bedarfsanalysen durchgeführt. Dabei wurden im Durchschnitt drei Methoden der Bedarfsanalyse verwendet. Die nachfolgende Abbildung lässt erkennen, dass die Betriebe bemüht sind, den Bedarf möglichst genau zu ermitteln. Die hierzu zur Verfügung stehenden Methoden wurden im letzten Jahr verstärkt eingesetzt.

Abb. 35: Bedarfsermittlung

(Mehrfachnennungen möglich)

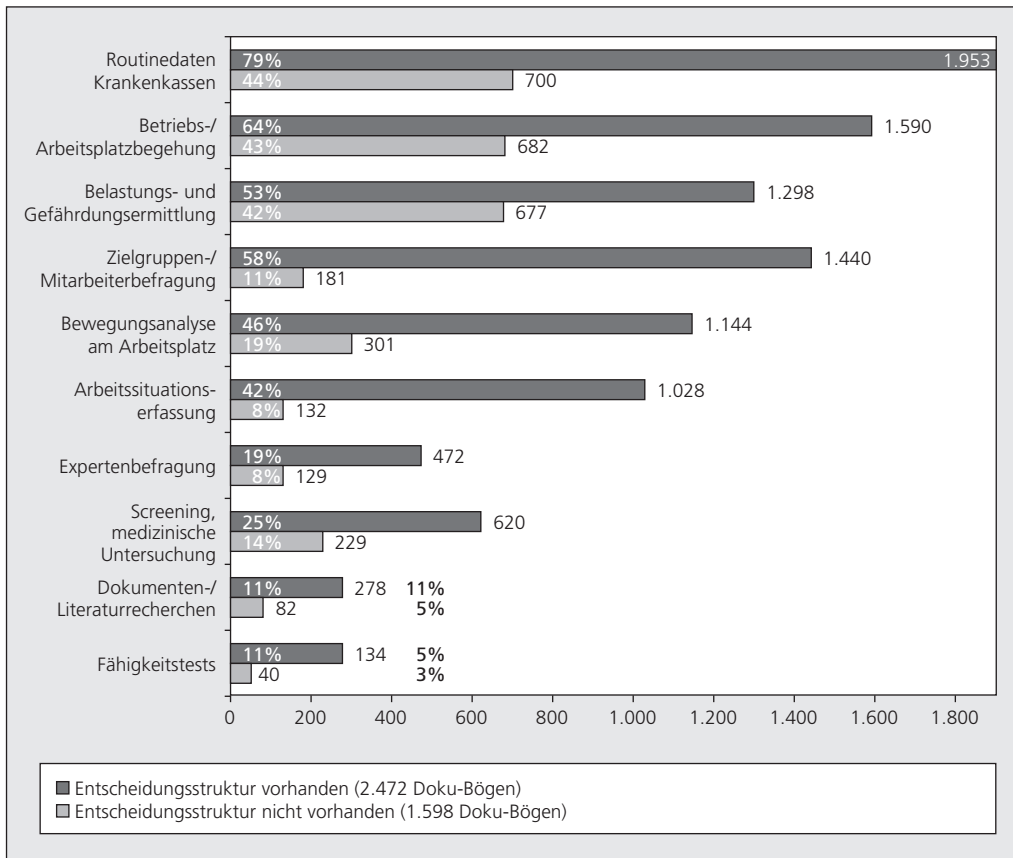


9.10.1 Bedarfsermittlung nach Vorhandensein einer Steuerungsstruktur

Bei Projekten mit vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen kamen mehr Bedarfsanalysen zum Einsatz als bei Projekten ohne solche Strukturen. Dies zeigt, dass diese entscheidend zur Opti-

mierung des Bedarfs von betrieblichen Gesundheitsleistungen und somit zu einer höheren Qualität der Maßnahmen beitragen.

Abb. 36: Bedarfsermittlung nach Vorhandensein einer Steuerungsstruktur



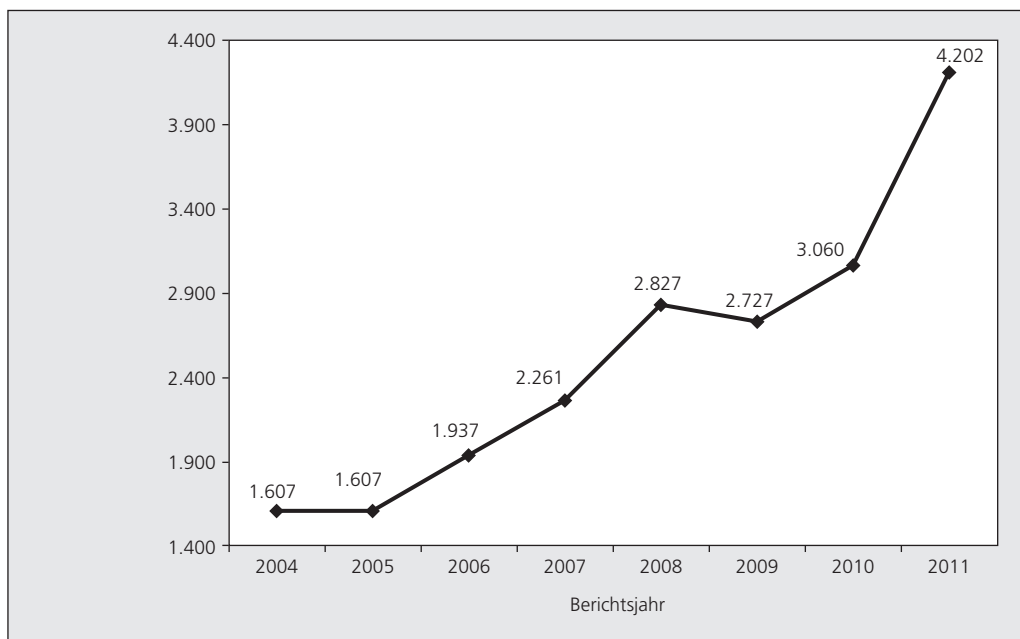
9.11 Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel sind Gruppen, in denen Beschäftigte eines Betriebes für mehrere Sitzungen zusammenkommen und über ihre arbeitsbedingten Belastungen berichten. Angeleitet von einem Moderator werden die Belastungen gemeinsam analysiert und Verbesserungsvorschläge erarbeitet. Gesundheitszirkel dienen also sowohl der Diagnose als auch der Diskussion und Entwicklung geeigneter Maßnahmen für die Gesundheitsförderung unter Einbeziehung der Betroffenen.

Im Jahr 2011 hat die Zahl der eingerichteten Gesundheitszirkel um gut ein Drit-

tel zugenommen. Mittlerweile kommen bei 25% aller Projekte, bei denen Angaben hierzu vorlagen, Gesundheitszirkel zur Anwendung. Bei den Projekten mit durchgeführten Gesundheitszirkeln wurden durchschnittlich vier Gesundheitszirkel je Projekt realisiert. Mehrere Gesundheitszirkel in einem Projekt können durch einen Einsatz in unterschiedlichen Arbeits- oder Produktionsbereichen oder an unterschiedlichen Standorten, die durch ein Projekt betreut werden, zustande kommen.

Abb. 37: Gesundheitszirkel



9.11.1 Gesundheitszirkel nach Branchen

Die nachfolgende Tabelle zeigt, dass Gesundheitszirkel am häufigsten im verarbeitenden Gewerbe und am seltensten im Handel eingesetzt werden.

Tabelle 28: Gesundheitszirkel nach Branchen

	Verarbeitendes Gewerbe N=1.832		Dienstleistungen N=568		Gesundheits- und Sozialwesen N=669	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	647	36%	82	15%	128	20%
Nein	1.160	64%	471	85%	525	80%
Gültige Angaben	1.807	100%	553	100%	653	100%
Fehlende Angaben	25		15		16	
	Öffentliche Verwaltung N=387		Handel N=333		Baugewerbe N=146	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	60	16%	30	9%	20	14%
Nein	315	84%	299	91%	125	86%
Gültige Angaben	375	100%	329	100%	145	100%
Fehlende Angaben	12		4		1	

9.11.2 Gesundheitszirkel nach Betriebsgrößen

Der häufige Einsatz von Gesundheitszirkeln in Kleinstbetrieben lässt sich dadurch erklären, dass dort oft alle Mitarbeiter gemeinsam einbezogen werden können. Gesundheitszirkel in Kleinstbetrieben bieten die Gelegenheit, Ablauf- und Organisationsprobleme zu besprechen und damit an gesundheitsförderlichen Strukturen zu arbeiten.

erheben. In den Kleinstbetrieben wären Mitarbeiterbefragungen aufgrund der geringen Fallzahlen nicht aussagekräftig zur Analyse der Ausgangssituation. In größeren Unternehmen erfüllen dagegen eher AU-Analysen und Mitarbeiterbefragungen den Zweck der Erhebung des Ausgangszustands.

Der Gesundheitszirkel erfüllt aber auch die Funktion, Risiken und Ressourcen zu

Tabelle 29: Gesundheitszirkel nach Betriebsgröße

	1 bis 9 Beschäftigte N=565		10 bis 49 Beschäftigte N=768		50 bis 99 Beschäftigte N=556	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	378	68%	131	17%	95	17%
Nein	179	32%	622	83%	453	83%
Gültige Angaben	557	100%	753	100%	548	100%
Keine Angabe	8		15		8	
	100 bis 499 N=1.676		500 bis 1.499 N=542		1.500 und mehr N=219	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	281	17%	111	21%	63	29%
Nein	1.363	83%	418	79%	151	71%
Gültige Angaben	1.644	100%	529	100%	214	100%
Keine Angabe	32		13		5	

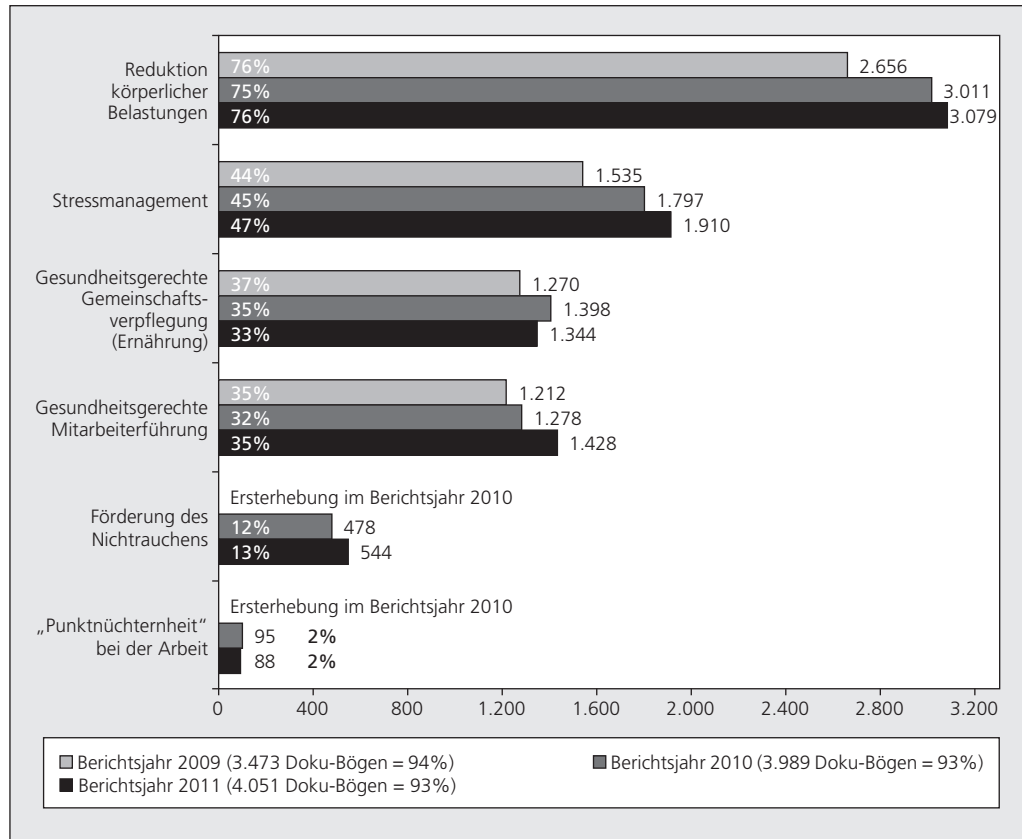
9.12 Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

Für 93% aller Projekte lagen Angaben zu den Inhalten der Interventionen vor. Bei den restlichen 7% kann davon ausgegangen werden, dass sich die Projekte zum Zeitpunkt der Erhebung noch in der Phase

der Bedarfsermittlung oder Strukturbildung befanden. Im Durchschnitt wurden zwei Handlungsfelder miteinander kombiniert.

Abb. 38: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

(Mehrfachnennungen möglich)



Bei der Dokumentation zum Suchtmittelkonsum wird seit 2010 zwischen Förderung des Nichtrauchens und der sogenannten Punktnüchternheit bei der Arbeit differenziert. Punktnüchternheit bedeutet, in gewissen Situationen auf Alkohol zu verzichten – im Beruf, im Straßenverkehr, zusammen mit Medikamenten, in der Schwangerschaft, im Kindesalter.

Viele psychische Erkrankungen können durch Stress verursacht werden, daher kommen in der betrieblichen Gesundheitsförderung immer häufiger Präventi-

onsmaßnahmen zum Stressmanagement zum Einsatz. Im Vergleich zum Vorjahr hat ihre Anzahl um 6% zugenommen. Damit wurde das Präventionsziel über eine jährliche Steigerung von 5% leicht übertroffen (vgl. Abschnitt 6.1.2). Interventionen zur Stärkung der psychischen Ressourcen erscheinen auch tatsächlich zunehmend notwendig. Der Anteil psychischer Erkrankungen an den Arbeitsunfähigkeitstagen nahm zwischen 2002 und 2011 von 8,5% auf 13,4% zu.¹⁸

¹⁸ Kordt M, IGES, DAK (Hrsg.): DAK Gesundheitsreport 2002, 2012

9.12.1 Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Branchen

Die Reduktion körperlicher Belastungen steht in allen Branchen im Vordergrund der Präventionsaktivitäten. Ebenso zeigt die nachfolgende Tabelle, dass sich rund ein Drittel der jeweiligen Interventionen mit gesundheitsgerechter Gemein-

schaftsverpflegung befasst. Die anderen Handlungsfelder und Präventionsprinzipien werden unterschiedlich eingesetzt, je nach dem vorherrschenden Belastungsprofil im jeweiligen Betrieb.

Tabelle 30: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Branchen

(Mehrfachnennungen möglich)

	Verarbeitendes Gewerbe n=1.740		Dienstleistungen n=523		Gesundheits- und Sozialwesen n=605	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Reduktion körperlicher Belastungen	1.418	81%	366	70%	457	76%
Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung)	524	30%	211	40%	195	32%
Stressmanagement	907	52%	229	44%	299	49%
Gesundheitsgerechte MA-Führung	826	47%	130	25%	159	26%
Suchtmittelkonsum	304	17%	72	14%	75	12%
Förderung des Nichtrauchens	290	17%	72	14%	70	12%
„Punktnüchternheit“ bei der Arbeit	52	3%	6	1%	9	1%
Fehlende Angaben	92		45		64	
	Öffentliche Verwaltung n=352		Handel n=313		Baugewerbe n=137	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Reduktion körperlicher Belastungen	240	68%	204	65%	96	70%
Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung)	146	41%	118	38%	46	34%
Stressmanagement	177	50%	105	34%	35	26%
Gesundheitsgerechte MA-Führung	100	28%	61	19%	37	27%
Suchtmittelkonsum	41	12%	25	8%	16	12%
Förderung des Nichtrauchens	37	11%	25	8%	14	10%
„Punktnüchternheit“ bei der Arbeit	7	2%	0	0%	3	2%
Sonstige Inhalte	93	26%	65	21%	22	16%
Fehlende Angaben	35		20		9	

9.13 Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Betriebsgrößen

In den Kleinstbetrieben wird das Thema der körperlichen Belastungen am häufigsten bearbeitet, aber auch Stressmanagement und die gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung werden sehr häufig genannt. Die Gesundheitsförderung in Kleinstbetrieben ist also überwiegend multimodal aufgebaut.

Dies gilt auch für größere Betriebe. Das Hauptaugenmerk liegt bei allen Betriebsgrößen auf den körperlichen Belastungen und dem Stressmanagement. Je größer der Betrieb ist, desto häufiger wird auch die gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung als Inhalt der Interventionen

gewählt. Das kann darauf zurückgeführt werden, dass größere Unternehmen eher eine eigene Kantine betreiben und damit bessere Möglichkeiten haben, eine gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung aufzubauen.

Die Thematisierung des Suchtmittelkonsums nimmt ebenfalls mit der Größe der Betriebe zu. Das liegt daran, dass größere Betriebe häufiger etablierte Programme haben. Auch gibt es dort oft Sozialarbeiter oder Suchtbeauftragte, die entsprechende Aktivitäten veranlassen und diese begleiten.

Tabelle 31: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Betriebsgrößen

	1 bis 9 Beschäftigte n=551		10 bis 49 Beschäftigte n=736		50 bis 99 Beschäftigte n=524	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Reduktion körperlicher Belastungen	508	92%	514	70%	376	72%
Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung)	65	12%	261	35%	166	32%
Stressmanagement	404	73%	259	35%	220	42%
Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung	380	69%	159	22%	100	19%
Suchtmittelkonsum	7	1%	24	3%	48	9%
Förderung des Nichtrauchens	7	1%	22	3%	48	9%
„Punktnüchternheit“ bei der Arbeit	0	0%	3	0%	1	0%
Sonstige Inhalte	11	2%	118	16%	90	17%
Fehlende Angaben	14		32		32	
	100 bis 499 n=1.533		500 bis 1.499 n=492		1.500 und mehr n=203	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Reduktion körperlicher Belastungen	1.142	74%	384	78%	150	74%
Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung	538	35%	218	44%	94	46%
Stressmanagement	656	43%	236	48%	131	65%
Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung	509	33%	186	38%	90	44%
Suchtmittelkonsum	292	19%	128	26%	74	36%
Förderung des Nichtrauchens	278	18%	122	25%	66	33%
„Punktnüchternheit“ bei der Arbeit	44	3%	15	3%	25	12%
Sonstige Inhalte	318	21%	113	23%	58	29%
Fehlende Angaben	143		50		16	

9.14 Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Verhaltensbezogene Aktivitäten streben an, das gesundheitsbezogene Verhalten der Mitarbeiter zu ändern oder eine bessere Belastungsverarbeitung zu erreichen. Diesem Ziel dienen beispielsweise Informationsveranstaltungen oder Angebote zur Stressbewältigung und Bewegungsförderung.

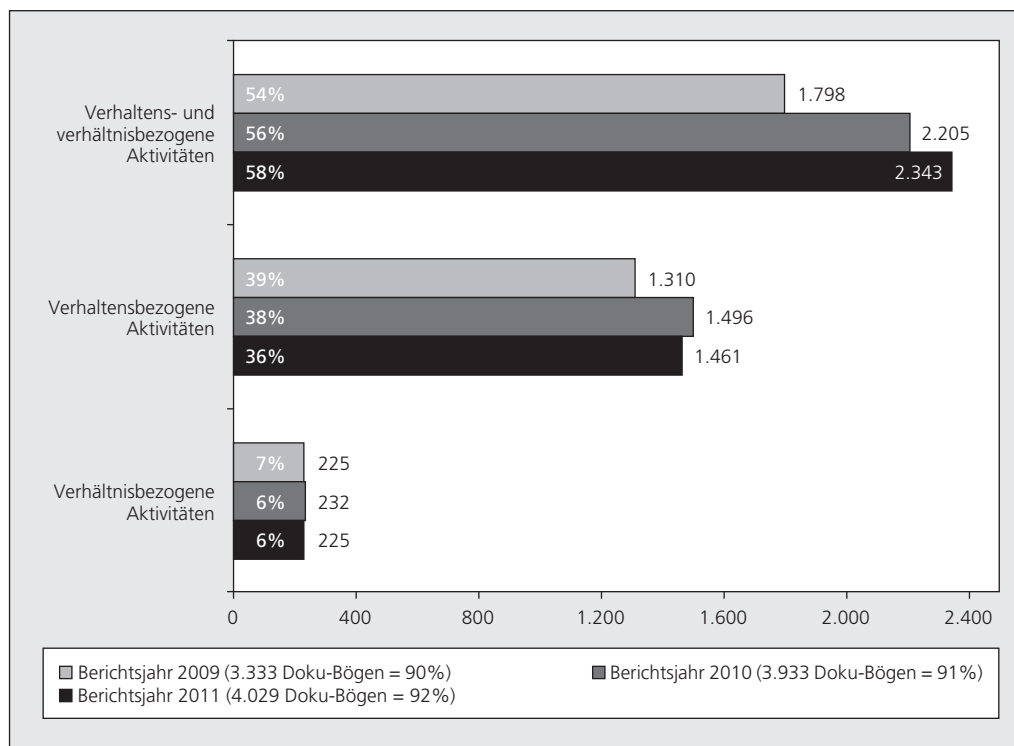
Verhältnisbezogene Maßnahmen sind auf strukturelle, organisatorische und Umfeld-Veränderungen im Betrieb ausgerichtet. Das Ziel ist, die Verhältnisse im Betrieb in einem gesundheitsförderlichen oder belastungsreduzierenden Sinne zu verändern. Im Idealfall bindet sich die betriebliche Gesundheitsförderung in betriebliche

Managementprozesse ein. Sicherlich sind verhältnisbezogene Aktivitäten im Betrieb in der Regel mit Investitionen verbunden, die von der Betriebsleitung beschlossen werden müssen. Die Krankenkassen sind hierbei beratend beteiligt.

Wie die folgende Abbildung zeigt, werden überwiegend Projekte durchgeführt, die verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten miteinander kombinieren. Dies spricht für die Qualität der Maßnahmen, da hochwertige und nachhaltige betriebliche Gesundheitsförderung sowohl Änderungen des Verhaltens der Arbeitnehmer als auch eine Veränderung der Arbeitsverhältnisse erfordert.

Abb. 39: Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

(Mehrfachnennungen möglich)



9.14.1 Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten nach Branchen

Die folgende Tabelle lässt erkennen, dass insbesondere im verarbeitenden Gewerbe verhaltenspräventive mit verhältnispräventiven Maßnahmen kombiniert werden. Rein auf das Verhalten abgezielte Maßnahmen werden hier deutlich seltener

durchgeführt als in anderen Branchen. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass körperliche Arbeit hier nach wie vor einen hohen Stellenwert hat und Auswirkungen der Arbeitsplatzgestaltung auf die Gesundheit besonders offensichtlich sind.

Tabelle 32: Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten nach Branchen

	Verarbeitendes Gewerbe N=1.832		Dienstleistungen N=568		Gesundheits- und Sozialwesen N=669	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	1.225	71%	247	48%	307	51%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	422	24%	243	47%	255	42%
Verhältnisbezogene Aktivitäten	89	5%	30	6%	39	6%
Gültige Angaben	1.736	100%	520	100%	601	100%
Fehlende Angaben	96		48		68	
	Öffentliche Verwaltung N=387		Handel N=333		Baugewerbe N=146	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	166	47%	118	38%	69	53%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	157	45%	178	57%	57	44%
Verhältnisbezogene Aktivitäten	27	8%	16	5%	5	4%
Gültige Angaben	350	100%	312	100%	131	100%
Fehlende Angaben	37		21		15	

9.14.2 Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten nach Betriebsgrößen

Bei den kleinsten Betrieben mit bis zu neun Beschäftigten waren fast 80% der Maßnahmen sowohl auf die Verhältnisse als

auch auf das Verhalten bezogen. Auch bei den größeren Betrieben war dies bei 47% bis hin zu 68% der Maßnahmen der Fall.

Tabelle 33: Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten nach Betriebsgrößen

	1 bis 9 Beschäftigte N=565		10 bis 49 Beschäftigte N=768		50 bis 99 Beschäftigte N=556	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	438	79%	367	50%	245	47%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	108	20%	342	47%	237	46%
Verhältnisbezogene Aktivitäten	7	1%	19	3%	35	7%
Gültige Angaben	553	100%	728	100%	517	100%
Fehlende Angaben	12		40		39	
	100 bis 499 N=1.676		500 bis 1.499 N=542		1.500 und mehr N=219	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	860	56%	293	60%	135	68%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	555	36%	158	32%	56	28%
Verhältnisbezogene Aktivitäten	119	8%	37	8%	8	4%
Gültige Angaben	1.534	100%	488	100%	199	100%
Fehlende Angaben	142		54		20	

9.14.3 Intervention nach Vorhandensein einer Steuerungsstruktur

Bei vorhandenen Steuerungsstrukturen waren die Aktivitäten im Betrieb deutlich häufiger, sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen, als wenn diese Strukturen fehlten. Das Vorhandensein einer Steuerungsstruktur scheint auch die Durchfüh-

rung rein verhältnisbezogener Aktivitäten zu fördern. Bei fehlenden Steuerungsstrukturen zeigt sich hingegen, dass häufiger rein *verhaltensbezogene* Aktivitäten durchgeführt werden.

Abb. 40: Verhältnis- und verhaltensorientierte Aktivitäten

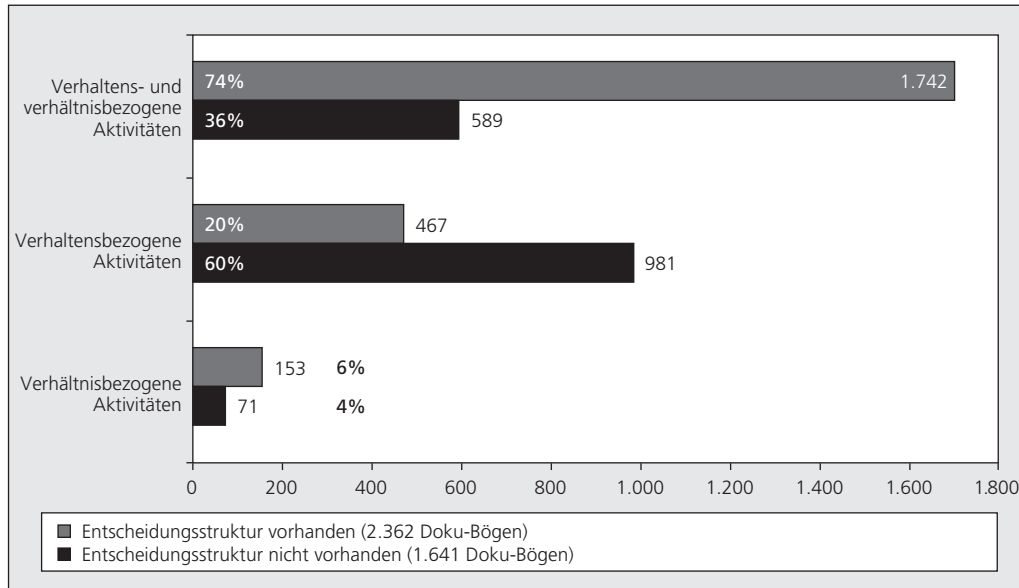
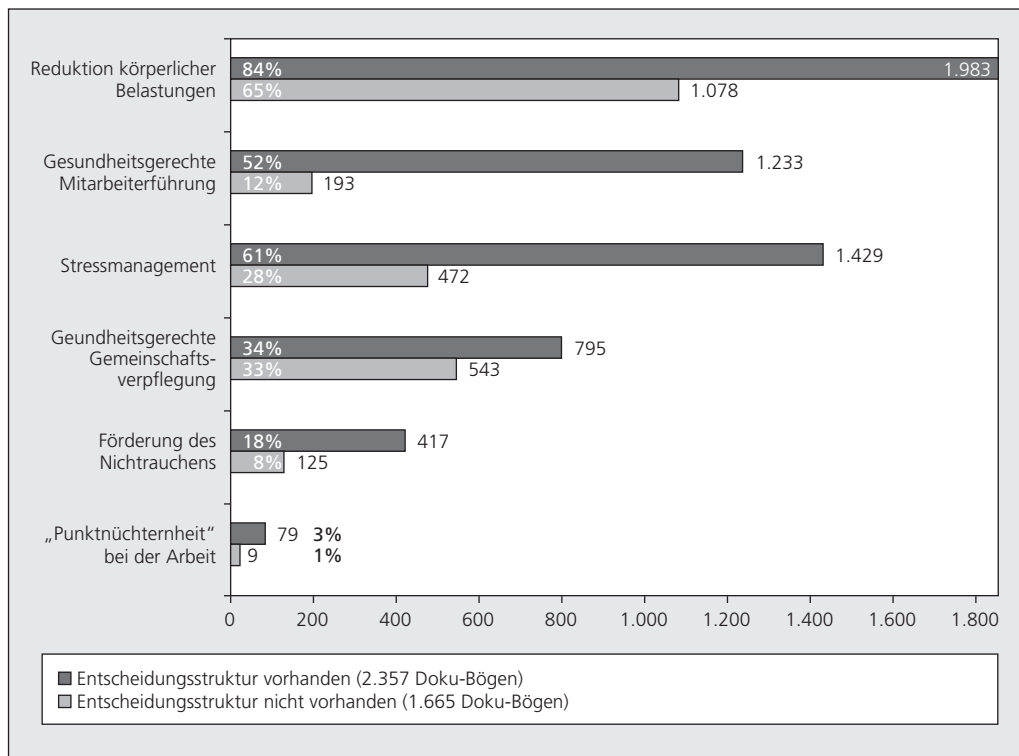


Abb. 41: Inhaltliche Ausrichtung



Projekte mit einer Entscheidungs- und Steuerungsstruktur weisen einen deutlich höheren Anteil an Aktivitäten zur

Reduktion körperlicher Belastungen, zum Stressmanagement und zu gesundheitsgerechter Mitarbeiterführung auf.

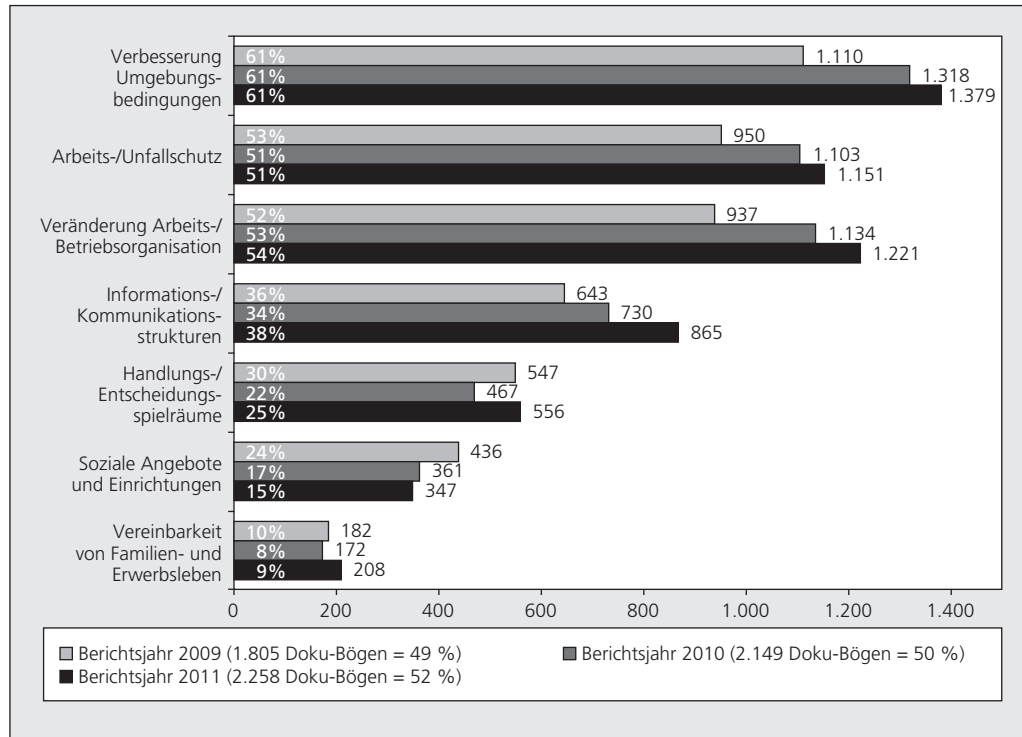
9.14.4 Art der Umgestaltung

Die folgende Abbildung zeigt, auf welche Verhältnisse die Maßnahmen im Betrieb gerichtet waren. Dabei enthielt die Hälfte

der Dokumentationsbögen Angaben zur Art der Umgestaltung.

Abb. 42: Art der Umgestaltung

(Mehrfachnennungen möglich)



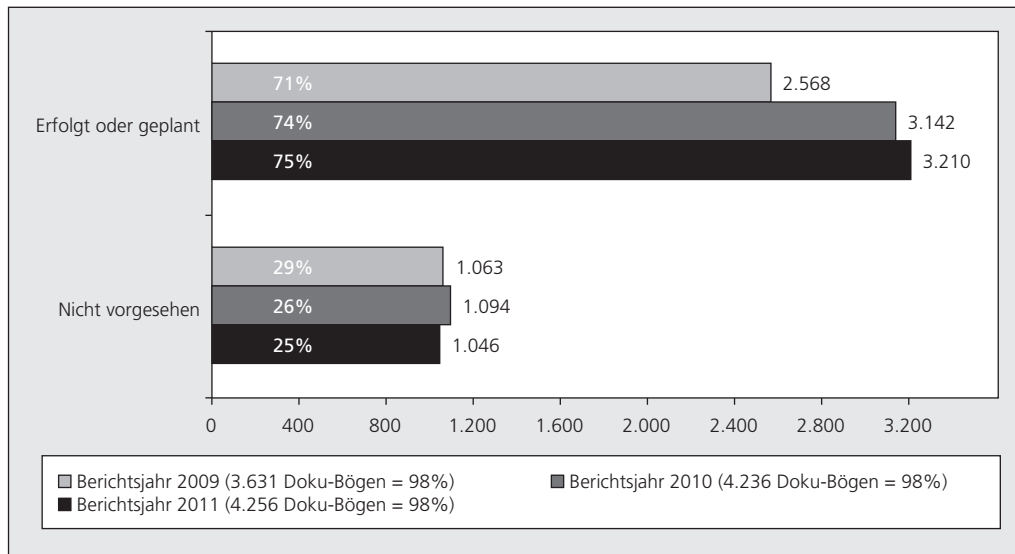
Die Interventionen waren überwiegend auf die Verbesserung der Umgebungsbedingungen, den Arbeits- bzw. Unfall-

schutz und die Organisation der Arbeit und des Betriebes gerichtet.

9.15 Erfolgskontrolle

Bei einer großen Mehrzahl der Projekte wurden 2011 Erfolgskontrollen geplant bzw. durchgeführt. Dabei ist der Anteil seit 2010 um ein Prozent gestiegen.

Abb. 43: Durchführung einer Erfolgskontrolle



9.15.1 Erfolgskontrolle nach Branchen

Die folgende Tabelle zeigt, dass Erfolgskontrollen über alle Branchen hinweg bei mehr als 60% der Maßnahmen durchgeführt wurden bzw. geplant waren. Im Gastgewerbe waren es sogar 89% der Maßnahmen.

Tabelle 34: Erfolgskontrolle nach Branchen

	Verarbeitendes Gewerbe N=1.832		Dienstleistungen N=568		Gesundheits- und Sozialwesen N=669	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Erfolgskontrolle erfolgt oder geplant	1.432	79%	382	69%	494	75%
Erfolgskontrolle nicht vorgesehen	370	21%	174	31%	162	25%
Gültige Angaben	1.802	100%	556	100%	656	100%
Fehlende Angaben	30		12		13	
	Öffentliche Verwaltung N=387		Handel N=333		Baugewerbe N=146	
Erfolgskontrolle erfolgt oder geplant	274	72%	204	63%	100	70%
Erfolgskontrolle nicht vorgesehen	109	28%	122	37%	42	30%
Gültige Angaben	383	100%	326	100%	142	100%
Fehlende Angaben	4		7		4	

9.15.2 Erfolgskontrolle nach Betriebsgrößen

Tabelle 35: Erfolgskontrolle nach Betriebsgrößen

	1 bis 9 Beschäftigte N=565		10 bis 49 Beschäftigte N=768		50 bis 99 Beschäftigte N=556	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Erfolgskontrolle erfolgt oder geplant	487	88%	482	65%	393	72%
Erfolgskontrolle nicht vorgesehen	64	12%	260	35%	150	28%
Gültige Angaben	551	100%	742	100%	543	100%
Fehlende Angaben	14		26		13	
	100 bis 499 N=1.676		500 bis 1.499 N=542		1.500 und mehr N=219	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Erfolgskontrolle erfolgt oder geplant	1.278	77%	251	100%	130	100%
Erfolgskontrolle nicht vorgesehen	378	23%	0	0%	0	0%
Gültige Angaben	1.656	100%	251	100%	130	100%
Fehlende Angaben	20		291		89	

Erfolgskontrollen wurden am häufigsten in den großen Betrieben ab 500 Beschäftigten durchgeführt. Aber auch in den kleinsten Betrieben mit ein bis neun Beschäftigten wurden Erfolgskontrollen häufiger durchgeführt als in mittelgroßen.

Dieses Ergebnis ist insofern bemerkenswert, als Untersuchungen und Auswertungen zur Erfolgskontrolle bei kleinen Betrieben einen relativ höheren Aufwand als bei großen Betrieben erfordern.

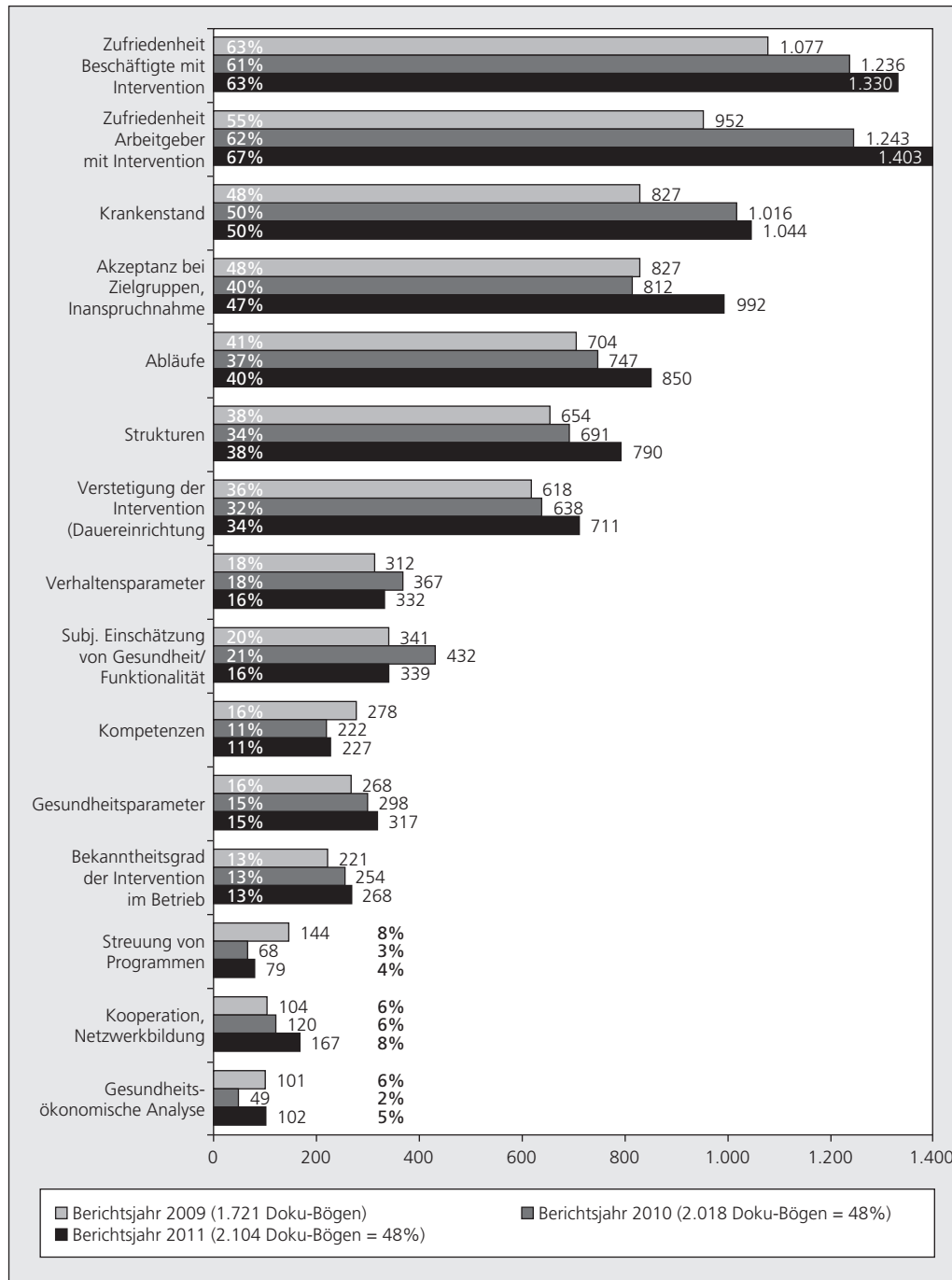
9.15.3 Inhalte der Erfolgskontrollen

Eine Erfolgskontrolle kann mehrere Ergebnisdimensionen erfassen. Durchschnittlich wurden im Jahr 2011 fünf Erfolgsparameter je Projekt gemessen. Die

nachfolgende Abbildung stellt dar, wie häufig die jeweiligen Erhebungsparameter vorkamen.

Abb. 44: Inhalte der Erfolgskontrolle

(Mehrfachnennungen möglich)



2011 wurden wie in den Vorjahren am häufigsten die Zufriedenheit der Beschäftigten

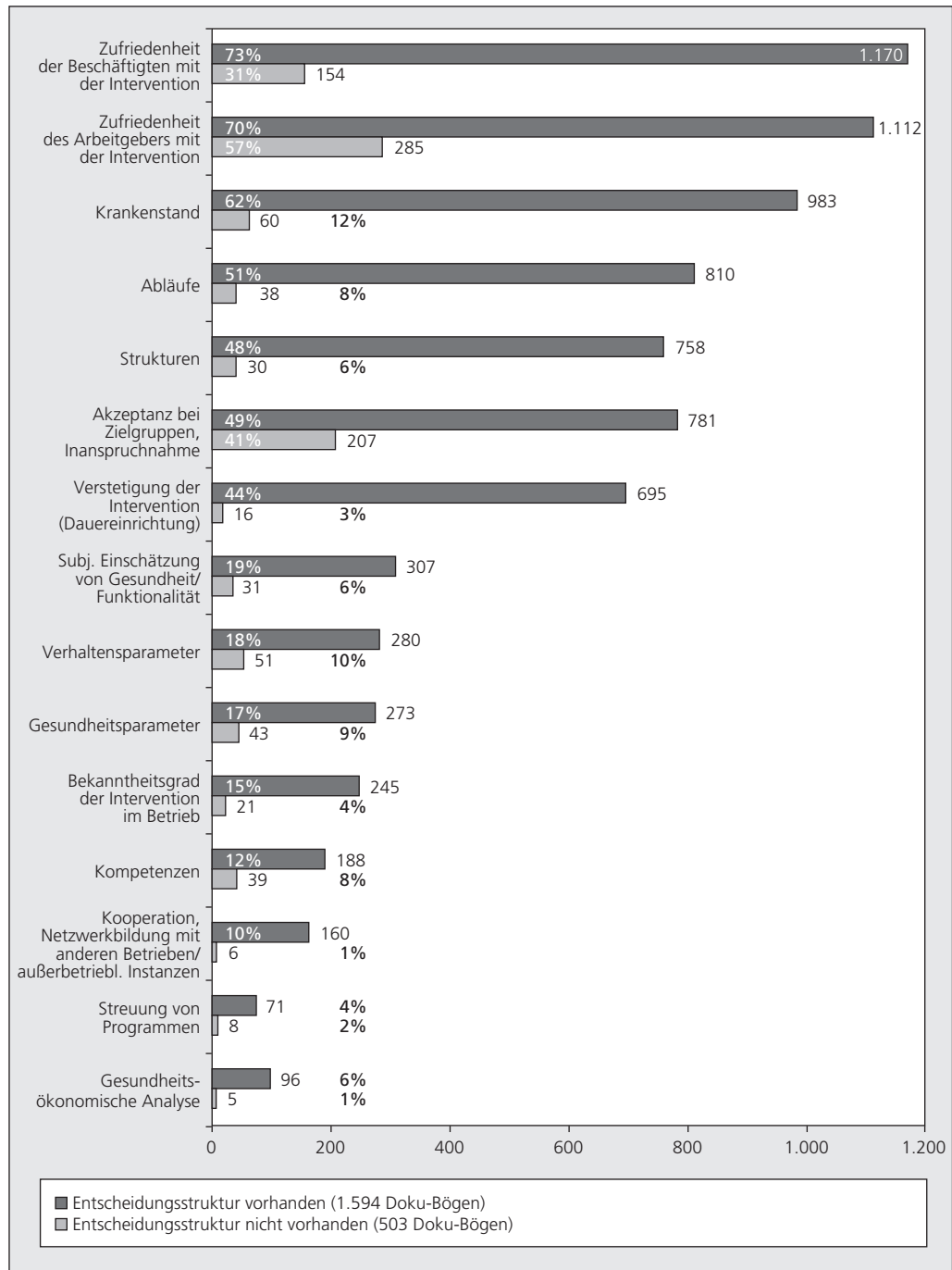
und der Arbeitgeber mit der jeweiligen Intervention erhoben.

9.15.4 Erfolgskontrollen nach Vorhandensein einer Steuerungsstruktur

Bei 90% der Projekte, bei denen es eine Steuerungsstruktur gab, wurden Erfolgskontrollen eingesetzt. Fehlte eine Steuerungsstruktur, war dieser Anteil mit 61% deutlich geringer. Die nachfolgende Ta-

belle zeigt, wie häufig die verschiedenen Erfolgsparameter bei vorhandenen Steuerungsstrukturen, bzw. bei fehlenden Steuerungsstrukturen, erhoben wurden.

Abb. 45: Erfolgskontrollen



10 Empfehlungen und Ausblick

Der vorliegende Präventionsbericht 2012 macht das Engagement der Krankenkassen in der Prävention und Gesund-

heitsförderung transparent. Gleichzeitig geben die Daten Hinweise, welche Aktivitäten noch ausgebaut werden sollten.

Qualität und Umfang der Leistungen in Settings

25% der Settings, in denen die Krankenkassen Gesundheitsförderung unterstützen, lagen in „sozialen Brennpunkten“ (vgl. Abschnitt 7.1.3). Hier können sozial benachteiligte Zielgruppen gut erreicht werden. Die Ausrichtung auf Settings in „sozialen Brennpunkten“ sollte deshalb weiter verstärkt werden.

Für den Setting-Ansatz insgesamt lässt der Präventionsbericht 2012 noch Ausbaupotenzial erkennen. Zu empfehlen ist, Hauptschulen wieder verstärkt einzubeziehen und auch mit dem Engagement in den Kitas nicht nachzulassen.

Die Krankenkassen und ihre Verbände haben sich darauf verständigt, für den Setting-Ansatz zunächst mindestens

0,50 Euro je Versicherten und Jahr aufzuwenden.¹⁹ Die Ausgabenentwicklung stagnierte im Jahr 2011 bei einem Niveau von 0,33 Euro pro Kopf. Die positive Entwicklung früherer Jahre sollte fortgesetzt werden. Zu empfehlen ist, Hauptschulen wieder verstärkt einzubeziehen und auch mit dem Engagement in den Kitas nicht nachzulassen. Wichtige Settings sind aber nicht nur die Bildungseinrichtungen, sondern auch Kommunen. Hier können sich Krankenkassen als Partner der primär verantwortlichen Akteure mit neuen Initiativen nach dem Setting-Ansatz einbringen. Die hohe Qualität des Engagements, die sich z. B. in Steuerungsstrukturen und in primär kombiniert verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen zeigt, sollte dabei beibehalten werden.

Qualität und Umfang der betrieblichen Gesundheitsförderung

Der Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung konnte auch im Berichtsjahr 2011 fortgesetzt werden. Die Zahl der erreichten Betriebe stieg im Vergleich zum Vorjahr um 5%. Die Ausgaben blieben auf dem Vorjahresniveau.

Gesundheitszirkel als Element der Bedarfsbestimmung, des Einbezugs der

Beteiligten und der Mitarbeit an Inhalten haben im Vergleich zum Vorjahr um 13% zugenommen. Sie sind mittlerweile bei 25% der Projekte Standard. Die Krankenkassen sollten ihre Mitwirkung im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung zukünftig – unter Einbeziehung solcher Qualitätsmerkmale wie z. B. Gesundheitszirkel – quantitativ weiter ausbauen.

Präventionsziele

Die vom GKV-Spitzenverband unter maßgeblicher Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene beschlossenen Präventionsziele für die Jahre

2013 – 2018 (vgl. Abschnitt 6.2) sollten handlungsleitend für das primärpräventive und gesundheitsförderliche Engagement der Krankenkassen sein.

¹⁹ GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene: Leitfaden Prävention, 2010, S. 13

Zukünftig wird der Präventionsbericht ausweisen, wie es gelingt, hinsichtlich der folgenden Teilziele einen Ausbau zu erreichen:

Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten

- Mehr Kinder und Jugendliche an Haupt-, Förder- und Berufsschulen mit multifaktoriell ausgerichteten, d. h. auf mehrere Handlungsfelder bezogenen verhaltens- und verhältnispräventiven Aktivitäten erreichen
- Mehr Haupt-, Förder- und Berufsschulen beim Aufbau eines Steuerungsgremiums für die Gesundheitsförderung unterstützen.

Mehr Betriebe ...

- mit Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates mit verhaltens- und verhältnispräventiver Ausrichtung erreichen

- mit verhältnispräventiven Aktivitäten zur Verringerung psychischer Fehlbelastungen erreichen

- mit Aktivitäten zur Förderung einer „gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung“ erreichen

- mit verhaltensbezogenen Aktivitäten zur „Stressbewältigung am Arbeitsplatz“ erreichen

- mit unter 100 Beschäftigten und Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichen

- beim Aufbau eines Steuerungsgremiums unter Einbeziehung der Arbeitsschutzakteure unterstützen

- in der Durchführung von Gesundheitszirkeln unterstützen

- zu speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben motivieren.

Eckpunkte des GKV-Spitzenverbandes zu Prävention und Gesundheitsförderung

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat am 5. September 2012 Eckpunkte als Basis für das GKV-Engagement in Primärprävention und betrieblicher Gesundheitsförderung sowie für die Erweiterung von Kooperationsbeziehungen mit verantwortlichen Partnern verabschiedet. Die Formulierung der Eckpunkte erfolgte in intensiver Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. Der GKV-Spitzenverband empfiehlt den Krankenkassen, ihre Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten und deren Kommunikation an diesen gemeinsamen Eckpunkten auszurichten.

Nach den Eckpunkten sind Prävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgaben, die verstärkt in Lebensbereiche, in denen Menschen wohnen, lernen und arbeiten, getragen und dort verankert werden müssen. Dies stärkt die gesundheitliche Chancengleichheit. Die präventiven und gesundheitsförderlichen Aktivitäten sollten sich in die folgende Richtung weiterentwickeln:

1. Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten

- Die Krankenkassen bauen ihre primärpräventiven und gesundheitsfördernden Aktivitäten in Lebenswelten wie Gemeinden, Kindertagesstätten, Schulen und Senioreneinrichtungen weiter qualitätsgesichert aus.

- Die Krankenkassen unterstützen die Koordination dieser Aktivitäten auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene.

- Sie konzentrieren sich vorrangig auf Lebenswelten, in denen gerade sozial Benachteiligte gut erreicht werden können.

- Die Krankenkassen arbeiten mit den für die jeweilige Lebenswelt verantwortlichen Akteuren, d. h. den Trägern oder politisch Verantwortlichen, eng zusammen. Ein angemessener – auch finanzieller – Beitrag dieser Träger und Verantwortlichen an den entsprechenden Aktivitäten ist dabei unabdingbar. Das GKV-Engagement wird dort behin-

dert, wo andere primär verantwortliche Akteure sich zurückziehen.

- Bei der Auswahl und Begleitung geeigneter Projekte werden möglichst vorhandene Strukturen kassenarten- und trägerübergreifender Organisationen – wie z. B. der Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – genutzt.

2. Betriebliche Gesundheitsförderung

- Die Krankenkassen verstärken ihre betrieblichen Gesundheitsförderungsangebote gemeinsam mit den Sozialpartnern (Betriebsparteien) und den für den Arbeitsschutz zuständigen inner- und außerbetrieblichen Akteuren weiter.
- Die Krankenkassen unterstützen Betriebe dabei, dass betriebliche Gesundheitsförderung im Unternehmen als Führungsaufgabe wahrgenommen und als Teil eines umfassenden betrieblichen Gesundheitsmanagements insbesondere mit dem Arbeitsschutz sowie der betrieblichen Eingliederung verzahnt wird.
- Sie richten ihre Angebote an dem im jeweiligen Betrieb bestehenden Bedarf unter Beachtung der gesetzlichen Zuständigkeiten aus.
- Die Krankenkassen orientieren ihre Gesundheitsförderungsangebote im Rahmen des GKV-Leitfadens Prävention an der international konsentierten Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit den Elementen: Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung, Stärkung persönlicher Kompetenzen.
- Die GKV stellt sicher, dass interessierte Betriebe einen niedrighschwellig und unbürokratischen Zugang zu Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung erhalten.

3. Verhaltenspräventive Leistungen zur Förderung eines gesunden Lebensstils

- Die Krankenkassen ermöglichen ihren Versicherten weiterhin die Nutzung qualitativ hochwertiger primärpräventiver Kursangebote. Damit stärken sie die Eigenverantwortung der Versicher-

ten zur Gesunderhaltung und fördern deren Gesundheitskompetenz.

- Bei der Angebotsplanung und Ansprache der Zielgruppen widmen die Krankenkassen bislang unterproportional erreichten Zielgruppen (z. B. Männern, sozial benachteiligten und älteren Versicherten) besondere Aufmerksamkeit.
- Die Krankenkassen nutzen alle geeigneten Zugangswege zu den jeweiligen Zielgruppen, um eine bedarfsgerechte Teilnahme an den Kursangeboten zu gewährleisten. Sie wirken auf eine Erhöhung der Bekanntheit der Kursangebote bei den Zielgruppen hin und fördern die Motivation zur Teilnahme.
- Primärpräventive Leistungen müssen den Versicherten weiterhin bedarfsgerecht und niedrighschwellig zugänglich sein. Die GKV erteilt allen Versicherten eine Absage, die Inanspruchnahme primärpräventiver Angebote von einer ärztlichen Verordnung abhängig zu machen; dies gilt auch für zusätzliche Honorarforderungen für die ärztliche Empfehlung von Präventionskursen.

4. Transparenz und Qualität der Leistungen

- Die GKV schafft mit den Präventionsberichten weiterhin kontinuierlich Transparenz über die erbrachten Leistungen.
- Der GKV-Spitzenverband entwickelt den GKV-Leitfaden Prävention bedarfsbezogen in Abstimmung mit seinen Mitgliedern sowie den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen weiter und unterstützt die Krankenkassen bei der Umsetzung.
- Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Durchführung von Evaluationen von Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen und fördert den darauf bezogenen Erfahrungsaustausch mit der Zielsetzung der qualitätsorientierten Weiterentwicklung.
- Der GKV-Spitzenverband vermittelt die Weitergabe von Erkenntnissen zwischen Krankenkassen und präventionspolitischen Initiativen mit bundesweiter Bedeutung.

- Der GKV-Spitzenverband fördert abgestimmte Vorgehensweisen und Kooperationen der Krankenkassen mit den in der Prävention und Gesundheitsförderung verantwortlichen Partnern, z. B. mit Hilfe von Empfehlungsvereinbarungen.

Ausblick

Auf Grundlage der Eckpunkte werden die Krankenkassen ihr Engagement in der Primärprävention und der Gesundheitsförderung weiter entwickeln. Sie laden die Verantwortlichen in den jeweiligen Lebenswelten, seien es Betriebsinhaber, Einrichtungsträger oder weitere Partner vor Ort, zur Kooperation ein. So ist beispielsweise der Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung auch vom verstärkten Engagement der Betriebe, eine Ausdehnung der Setting-Aktivitäten von der Unterstützung durch öffentliche

Mittel abhängig. Die gesetzliche Krankenversicherung wird sich weiterhin dafür einsetzen, Menschen in verschiedenen Lebenszusammenhängen zu erreichen und durch geeignete Angebote zu einer Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beizutragen. Viele Akteure sind gefordert, um diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe konzertiert anzugehen und dadurch gesündere Lebens- und Arbeitsbedingungen zu schaffen.

11 Anhang

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Dokumentationsbögen für den Settingansatz	34
Abb. 2: Anzahl der Settings	34
Abb. 3: Erreichte Personen.....	38
Abb. 4: Erreichte Personen in den jeweiligen Settings	39
Abb. 5: Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten	41
Abb. 6: Projektlaufzeit in Monaten	41
Abb. 7: Zielgruppen.....	43
Abb. 8: Kooperationspartner	46
Abb. 9: Vertreter im Entscheidungs- und Steuerungsgremium	48
Abb. 10: Bedarfsermittlung.....	49
Abb. 11: Bedarfsermittlung nach Vorhandensein der Steuerungsstrukturen	50
Abb. 12: Durchgeführte Gesundheitszirkel.....	51
Abb. 13: Inhalte.....	53
Abb. 14: Inhaltliche Ausrichtung nach Vorhandensein von Steuerungsstrukturen..	56
Abb. 15: Verhaltens- und Verhältnisbezug der Maßnahmen	57
Abb. 16: Art der Umgestaltung.....	59
Abb. 17: Erfolgskontrollen	59
Abb. 18: Inhalte der Erfolgskontrolle.....	61
Abb. 19: Erfolgskontrolle nach Vorhandensein von Steuerungsstrukturen	62
Abb. 20: Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt	64
Abb. 21: Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern	65
Abb. 22: Inanspruchnahme nach Alter	67
Abb. 23: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Handlungsfelder nach Alter	68
Abb. 24: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Handlungsfelder nach Geschlecht.....	69
Abb. 25: Leistungsanbieter in den jeweiligen Handlungsfeldern	70
Abb. 26: Anzahl der Dokumentationsbögen für die betriebliche Gesundheitsförderung	72
Abb. 27: Branchen.....	73
Abb. 28: Betriebsgröße (Anzahl der Beschäftigte)	75
Abb. 29: Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten	77
Abb. 30: Laufzeit der Aktivitäten in Monaten.....	77
Abb. 31: Erreichte Personen (Schätzzahlen).....	80
Abb. 32: Zielgruppen.....	85
Abb. 33: Kooperationspartner	88
Abb. 34: Vertreter im Steuerungsgremium.....	89
Abb. 35: Bedarfsermittlung.....	90
Abb. 36: Bedarfsermittlung nach Vorhandensein einer Steuerungsstruktur	91
Abb. 37: Gesundheitszirkel	92

Abb. 38: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen.....	94
Abb. 39: Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	97
Abb. 40: Verhältnis- und verhaltensorientierte Aktivitäten.....	99
Abb. 41: Inhaltliche Ausrichtung.....	99
Abb. 42: Art der Umgestaltung.....	100
Abb. 43: Durchführung einer Erfolgskontrolle	101
Abb. 44: Inhalte der Erfolgskontrolle.....	103
Abb. 45: Erfolgskontrollen	104

Tabellenverzeichnis

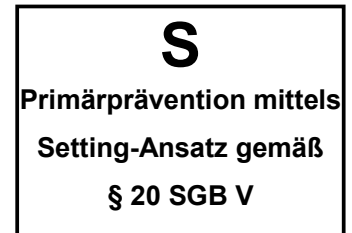
Tabelle 1: Wichtige Kennziffern	23
Tabelle 2: Direkt erreichte Personen nach Geschlecht.....	25
Tabelle 3: Erreichungsgrad der Präventionsziele im Setting-Ansatz	28
Tabelle 4: Erreichungsgrad der Präventionsziele für die betriebliche Gesundheitsförderung.....	29
Tabelle 5: Anteil der betreuten Bildungseinrichtungen an allen Einrichtungen in Deutschland	35
Tabelle 6: Settings in „sozialen Brennpunkten“	36
Tabelle 7: Anzahl der Settings nach Bundesländern.....	37
Tabelle 8: Anzahl direkt erreichter Personen nach Bundesländern	40
Tabelle 9: Laufzeiten nach Settings	42
Tabelle 10: Zielgruppen nach Settings.....	44
Tabelle 11: Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen nach Settings.....	47
Tabelle 12: Gesundheitszirkel nach Settings	52
Tabelle 13: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Settings.....	54
Tabelle 14: Verhaltens- und Verhältnisbezogenheit der Aktivitäten nach Settings..	58
Tabelle 15: Erfolgskontrollen nach Settings	60
Tabelle 16: Teilnahmequote nach Alter	66
Tabelle 17: Anzahl der betreuten Betriebe nach Bundesländern	74
Tabelle 18: Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte) nach Branchen	76
Tabelle 19: Laufzeit nach Branche	78
Tabelle 20: Laufzeit nach Betriebsgröße	79
Tabelle 21: Erreichte Personen nach Branche	81
Tabelle 22: Frauenanteil nach Branchen	82
Tabelle 23: Anteil der direkt erreichten männlichen Personen nach Branchen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	83
Tabelle 24: Frauenanteil im Betrieb nach Betriebsgröße.....	83
Tabelle 25: Erreichte Personen nach Bundesländern	84
Tabelle 26: Zielgruppen nach Branchen.....	86
Tabelle 27: Zielgruppen nach Betriebsgröße.....	87
Tabelle 28: Gesundheitszirkel nach Branchen.....	93
Tabelle 29: Gesundheitszirkel nach Betriebsgröße	93
Tabelle 30: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Branchen	95
Tabelle 31: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Betriebsgrößen.....	96
Tabelle 32: Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten nach Branchen	98
Tabelle 33: Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten nach Betriebsgrößen .	98
Tabelle 34: Erfolgskontrolle nach Branchen.....	101
Tabelle 35: Erfolgskontrolle nach Betriebsgrößen	102

Dokumentationsbogen S

Berichtsjahr: 2010 ff.

FB-Nr.:

Der Bogen hat sich im Vergleich zu dem Bogen, der bis zum Berichtsjahr 2009 verwendet wurde, geändert. Frühere Versionen sind nicht mehr gültig. Auch für Projekte, die bereits in früheren Jahren begonnen wurden, ist ab dem Berichtsjahr 2010 die vorliegende Version des Dokumentationsbogens zu verwenden.



Dokumentationsbogen Setting-Ansatz

Dokumentation der Leistungen der GKV: Primärprävention in Settings

(Schule, Kindergarten, Stadtteil, Verein, spezifische Bevölkerungsgruppen, Altenheim, Krankenhaus etc.)

Bitte beachten sie beiliegende Ausfüllhinweise zu S!

Diese enthalten wichtige Informationen sowie ausführliche Erläuterungen (mit # gekennzeichnet) und Beispiele (mit * gekennzeichnet) zu einzelnen Parametern.

Krankenkasse

Berichtsjahr

Sie können dem Dokumentationsbogen Projektbeschreibungen/Berichte/Veröffentlichungen/ Ergebnisdarstellungen beifügen.

1 Allgemeine Daten

1.1 Setting

Die Aktivitäten wurden im folgenden Setting oder den folgenden Settings durchgeführt, von denen ca. ... in „sozialen Brennpunkten“[#] lagen, und erreichten dabei direkt oder indirekt ca. ... Personen.[#]

	Anzahl Set- tings	...davon in		Anzahl erreichter Personen		Anzahl Set- tings	...davon in		Anzahl erreichter Personen
		„sozialen Brenn- punkten“					„sozialen Brenn- punkten“		
		direkt	indir.				direkt	indir.	
Grundschule	_____	_____	_____	_____	Stadtteil/Ort*	_____	_____	_____	_____
Sonderschule	_____	_____	_____	_____	Institutionen	_____	_____	_____	_____
Hauptschule	_____	_____	_____	_____	für				
Realschule	_____	_____	_____	_____	spezifische				
Gymnasium	_____	_____	_____	_____	Bevölkerungs-				
Gesamtschule	_____	_____	_____	_____	gruppen*				
Berufsschule	_____	_____	_____	_____	... und zwar ...	_____	_____	_____	_____
o.ä.	_____	_____	_____	_____	Altenheim [#]	_____	_____	_____	_____
Hochschule	_____	_____	_____	_____	Krankenhaus [#]	_____	_____	_____	_____
Kindergarten/ -tagesstätte	_____	_____	_____	_____	Anderes	_____	_____	_____	_____
					Setting	_____	_____	_____	_____

1.2 Die Aktivitäten fanden in den folgenden Bundesländern statt:

- | | | | |
|-------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Bundesweit | <input type="checkbox"/> | Meckl.-Vorp. | <input type="checkbox"/> |
| Baden-W. | <input type="checkbox"/> | Niedersachsen | <input type="checkbox"/> |
| Bayern | <input type="checkbox"/> | Nordrhein-Westf. | <input type="checkbox"/> |
| Bremen | <input type="checkbox"/> | Rheinl.-Pf | <input type="checkbox"/> |
| Berlin | <input type="checkbox"/> | Saarland | <input type="checkbox"/> |
| Brandenburg | <input type="checkbox"/> | Sachsen | <input type="checkbox"/> |
| Hamburg | <input type="checkbox"/> | Sachsen-Anh. | <input type="checkbox"/> |
| Hessen | <input type="checkbox"/> | Schleswig-H. | <input type="checkbox"/> |
| | | Thüringen | <input type="checkbox"/> |

1.4 Status der Aktivitäten[#]

im Setting: ja nein
 noch laufend

Mitwirkung der Krankenkassen: ja nein
 noch laufend

1.3 Start und Laufzeit der Aktivitäten:[#]

Start: / (Monat/Jahr)

Laufzeit: ca. _____ Monate

2 Schwerpunktmäßige Zielgruppe

2.1 Die Aktivitäten sprachen alle Menschen (d.h. keine spezifischen Zielgruppen) im Setting an

ja nein

Falls „ja“, gehen Sie bitte direkt zu Punkt 3 über.

2.2 Die Aktivitäten sprachen spezifische Zielgruppen an, und zwar ...

(Sie können eine oder mehrere Zielgruppen benennen, für die spezifische Aktivitäten durchgeführt wurden)

Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)

- Personen folgender Altersgruppen:
- jünger als 15 Jahre
 - 15 bis unter 20 Jahre
 - 20 bis unter 30 Jahre
 - 30 bis unter 40 Jahre
 - 40 bis unter 50 Jahre
 - 50 bis unter 60 Jahre
 - 60 Jahre und mehr

- Geschlechtsbezogen:
- Gleichmaßen an beide Geschlechter.....
 - Speziell an weibliche Personen
 - Speziell an männliche Personen
- Personen mit Migrationshintergrund[#]
- Arbeitslose.....
- Multiplikatoren/Mediatoren (Fortbildung bzw. Kooperation), und zwar:
- Eltern
 - Lehrer, Erzieher, anderes pädagogisches Personal
 - Nichtpädagogisches Personal*
- Sonstige Zielgruppen

3 Kooperationspartner[#]

3.1 Es wurden Kooperationspartner eingebunden:

ja nein

Falls „nein“, gehen Sie bitte direkt zu Punkt 4 über.

3.2 Wenn ja, welche Kooperationspartner haben Ressourcen (personell, finanziell, sachlich) in die Aktivitäten der Primärprävention eingebracht?

(Sie können mehrere Kooperationspartner benennen)

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Gesundheitsamt* | <input type="checkbox"/> | Selbsthilfegruppe | <input type="checkbox"/> |
| Niedergelassene Ärzte | <input type="checkbox"/> | Andere Krankenkassen | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Gesundheits-, Sozial- und
Bildungseinrichtungen* | <input type="checkbox"/> | Unfallversicherung* | <input type="checkbox"/> |
| Öffentliche Verwaltung/Institutionen,
Ministerien* | <input type="checkbox"/> | Sonstige Sozialversicherungsträger* | <input type="checkbox"/> |
| Sportverein..... | <input type="checkbox"/> | Wissenschaftliche Einrichtungen* | <input type="checkbox"/> |
| Andere Vereine, Verbände | <input type="checkbox"/> | Sonstige gewerbliche Anbieter/Unternehmen* | <input type="checkbox"/> |
| | | Andere | <input type="checkbox"/> |

4 Koordination und Steuerung

4.1 Es gibt ein Entscheidungs- und Steuerungsgremium

ja
nein

4.2 Im Entscheidungs- und Steuerungsgremium sind vertreten:

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Einrichtungsträger | <input type="checkbox"/> | Unfallversicherung | <input type="checkbox"/> |
| Leitungsebene der Einrichtung..... | <input type="checkbox"/> | Sonstige Sozialversicherungsträger* | <input type="checkbox"/> |
| Mitarbeiter der Einrichtung..... | <input type="checkbox"/> | Öffentlicher Gesundheitsdienst..... | <input type="checkbox"/> |
| Gemeinde, öffentliche Verwaltung/Institutionen, Ministerien* | <input type="checkbox"/> | Niedergelassene Ärzte | <input type="checkbox"/> |
| Eltern | <input type="checkbox"/> | Sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen* | <input type="checkbox"/> |
| Andere Vertreter der Zielgruppe(n)..... | <input type="checkbox"/> | Andere | <input type="checkbox"/> |
| Krankenkassen | <input type="checkbox"/> | und zwar: _____ | |

4.3 Wie wurde die Vereinbarung zur Durchführung von Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz abgeschlossen?

schriftlich
mündlich

5 Bedarfsermittlung

Es wurden die folgenden Schritte unternommen, um im Setting den Präventionsbedarf zu ermitteln:
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Begehung des Settings | <input type="checkbox"/> | Screening, medizinische Untersuchung* | <input type="checkbox"/> |
| Befragung der Zielgruppe [#] | <input type="checkbox"/> | Fähigkeitstests* | <input type="checkbox"/> |
| Expertenbefragung [#] | <input type="checkbox"/> | Literaturrecherchen/wissenschaftliche Studien | <input type="checkbox"/> |
| Auswertung von Routedaten der Krankenkassen | <input type="checkbox"/> | Sonstiges | <input type="checkbox"/> |

6 Gesundheitszirkel /Zukunftswerkstatt[#]

Wurden Gesundheitszirkel durchgeführt? *ja* Anzahl: *nein*

Eine Zukunftswerkstatt wurde eingerichtet: *ja* *nein*

7 Intervention[#]

7.1 Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten

Die verhältnis- und/oder verhaltensbezogenen Aktivitäten betrafen die folgenden Inhalte:
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Bewegung..... | <input type="checkbox"/> | Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln: | |
| Ernährung..... | <input type="checkbox"/> | – mehrere Einzelthemen..... | <input type="checkbox"/> |
| Stärkung der psychischen Ressourcen*..... | <input type="checkbox"/> | – <i>nur</i> das Einzelthema Förderung des Nichtrauchens..... | <input type="checkbox"/> |
| Stressreduktion/Entspannung..... | <input type="checkbox"/> | – <i>nur</i> das Einzelthema Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums.. | <input type="checkbox"/> |
| Gesundheitsgerechter Umgang miteinander* | <input type="checkbox"/> | Verkehrssicherheit | <input type="checkbox"/> |
| | | Sexualpädagogik (Aufklärung, Verhütung) | <input type="checkbox"/> |
| | | Gesunde Umwelt | <input type="checkbox"/> |
| | | Weitere Inhalte | <input type="checkbox"/> |
| | | Wenn ja, welche? | |
| | | | |

7.2 Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten:[#]

Seit Beginn der Aktivitäten wurden durchgeführt:

Verhältnisbezogene Aktivitäten:*

Aktivitäten zur gesundheitsförderlichen Umgestaltung des *Umfelds*, der *Strukturen* und/oder von *Abläufen* im Setting *ja* *nein*

Verhaltensbezogene Aktivitäten:*

Den Zielgruppen wurden gesundheitsbezogene Informationen und/oder praktische Fertigkeiten, Handlungs-, Entscheidungs- oder Selbstwahrnehmungskompetenzen vermittelt *ja* *nein*

Art der Umgestaltungen:

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Veränderung der Organisation im jeweiligen Setting* | <input type="checkbox"/> | Informations- und Kommunikationsstrukturen* | <input type="checkbox"/> |
| Verbesserung von Umgebungsbedingungen* | <input type="checkbox"/> | Soziale Angebote und Einrichtungen* | <input type="checkbox"/> |
| Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungsspielräumen/Verantwortlichkeiten | <input type="checkbox"/> | Andere, | <input type="checkbox"/> |
| | | und zwar | |

7.3 Die verhältnis- bzw. verhaltensbezogenen Aktivitäten erfolgten mittels folgender ... #

Methoden:

- Fort- und Weiterbildung von Multiplikatoren/
Mediatoren
- Vortrag, Tagung
- Beispiel geben, demonstrieren
- Praktische Übungen, praktische Schulung,
Verhaltensbeobachtung, Körper-
wahrnehmung, Rollenspiel,
gegenseitige Übungen etc.*
- Diskussion
- Individuelle Beratung
- Organisationsberatung, -entwicklung
- Aufbau sozialer Unterstützung
- Gesundheitstage, -wochen
- Anleitung und Unterstützung
themenzentrierter Gruppenarbeit
- Fremdsprachige Angebote

Medien:

- Video, Foto, Overhead, Beamer etc.
- Übungsmanuale/Arbeitsunterlagen*
- Anschauungsmaterial/Modelle*
- Faltblätter, Broschüren
- Ausstellungen, Plakate
- Internet
- Sonstige

8 Erfolgskontrolle#

8.1 Seit Beginn der Aktivitäten wurde **mindestens eine Erfolgskontrolle** durchgeführt:

ja nein

Falls "nein": Bitte beantworten Sie noch 8.3

8.2 Die Erfolgskontrolle bezog sich auf:

(Sie können mehrere Inhalte ankreuzen)

- | | |
|--|--|
| Umfeld/Strukturen <input type="checkbox"/> | Zufriedenheit der Zielgruppe mit der
Intervention <input type="checkbox"/> |
| Abläufe <input type="checkbox"/> | Bekanntheitsgrad der Intervention bei der
Zielgruppe <input type="checkbox"/> |
| Verhaltensparameter* <input type="checkbox"/> | Kooperation, Netzworkebildung <input type="checkbox"/> |
| Kompetenzen* <input type="checkbox"/> | Verstetigung der Intervention
(Dauereinrichtung) <input type="checkbox"/> |
| Gesundheitsparameter* <input type="checkbox"/> | Streuung von Programmen# <input type="checkbox"/> |
| Subjektive Einschätzung der Gesundheit
und Funktionalität <input type="checkbox"/> | Anderes <input type="checkbox"/> |
| Gesundheitsökonomische Analyse* <input type="checkbox"/> | |
| Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen,
Inanspruchnahme <input type="checkbox"/> | |

8.3 Es wurde keine Erfolgskontrolle durchgeführt:

Eine solche ist noch vorgesehen
 nicht vereinbart

Auswertungsbogen individueller Ansatz

Rückmeldefristen

Krankenkassen an Bundesverbände: 31. März des Folgejahres

Bundesverbände an MDS: 30. April des Folgejahres

I
**Primärprävention im
 individuellem Ansatz
 gemäß § 20 Abs. 1 SGB V**

	Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheits-sportliche Aktivitäten	Vorbeugung / Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme	Vermeidung von Mangel- u. Fehlernährung	Vermeidung / Reduktion von Übergewicht	Multimodale Stressbewältigung	Entspannung	Förderung des Nichtraucherens	Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums
(1) Gesamtzahl der Teilnehmer, die Angebote nach § 20 Abs. 1 SGB V (individueller Ansatz) in Anspruch genommen haben								
von (1): Anzahl der Teilnehmer, die Angebote der eigenen Krankenkasse in Anspruch genommen haben								
von (1): Anzahl der Teilnehmer, die Angebote von anderen Krankenkassen in Anspruch genommen haben								
von (1): Anzahl der Teilnehmer, die Angebote von beauftragten Leistungsanbietern/ Kooperations-/ Vereinbarungs-partnern in Anspruch genommen haben								
von (1): Anzahl der Teilnehmer, die sonstige Angebote in Anspruch genommen haben								

⇒ Fortsetzung Auswertungsbogen individueller Ansatz

	Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitsportliche Aktivitäten		Vorbeugung / Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme		Vermeidung von Mangel- u. Fehlernährung		Vermeidung / Reduktion von Übergewicht		Multimodale Stressbewältigung		Entspannung		Förderung des Nichtrauchens		Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums		
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	
von (1): Anzahl der männl. (m) und weibl. (w) Teilnehmer																	
Von (1): Teilnehmer im Alter bis unter 15 Jahren																	
von (1): Teilnehmer im Alter von 15 bis unter 20 Jahren																	
von (1): Teilnehmer im Alter von 20 bis unter 30 Jahren																	
von (1): Teilnehmer im Alter von 30 bis unter 40 Jahren																	
von (1): Teilnehmer im Alter von 40 bis unter 50 Jahren																	
von (1): Teilnehmer im Alter von 50 bis unter 60 Jahren																	
von (1): Teilnehmer im Alter ab 60 Jahren																	

Dokumentationsbogen B

Berichtsjahr: 2010 ff.

FB-Nr.:

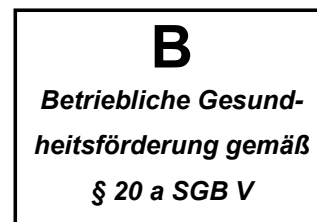
Der Bogen hat sich im Vergleich zu dem Bogen, der bis zum Berichtsjahr 2009 verwendet wurde, geändert. Frühere Versionen sind nicht mehr gültig. Auch für Projekte, die in früheren Jahren begonnen wurden, ist ab dem Berichtsjahr 2010 die vorliegende Version des Dokumentationsbogens zu verwenden.

Dokumentationsbogen betriebliche Gesundheitsförderung

Dokumentation der Leistungen der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Bitte beachten sie beiliegende Ausfüllhinweise zu B!

Diese enthalten wichtige Informationen sowie ausführliche Erläuterungen (mit # gekennzeichnet) und Beispiele (mit * gekennzeichnet) zu einzelnen Parametern.



.....
Krankenkasse

.....
Berichtsjahr

Bitte dokumentieren Sie in der gewohnten Weise die Initiativen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Sie können dem Dokumentationsbogen Projektbeschreibungen, Berichte, Veröffentlichungen und Ergebnisdarstellungen beifügen.

1 Allgemeine Daten

1.1 In welchem Wirtschaftszweig fanden die Aktivitäten statt?#

(Klassifikation der Wirtschaftszweige nach WZ 2008, Statistisches Bundesamt)

Bitte nur einen Wirtschaftszweig ankreuzen

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| 1 – 3: Land- u. Forstwirtschaft, Fischerei | <input type="checkbox"/> | 35 – 39: Energie- u. Wasserversorgung,
Abwasserentsorgung, Abfallbeseitigung,
Rückgewinnung, Entsorgung | <input type="checkbox"/> |
| 5 – 9: Bergbau, Gewinnung v. Steinen u. Erden | <input type="checkbox"/> | 41 – 43: Baugewerbe | <input type="checkbox"/> |
| 10 – 12: Herstellung v. Nahrungs- u. Futtermittel,
Getränkeherstellung, Tabakverarbeitung | <input type="checkbox"/> | 45: Handel mit Kfz; Instandhaltung u.
Reparatur v. Kfz | <input type="checkbox"/> |
| 13 – 16: Herstellung v. Textilien, Bekleidung,
Lederwaren, Schuhen, Holz-, Flecht-,
Korb- u. Korkwaren | <input type="checkbox"/> | 46: Großhandel (ohne Handel mit Kfz) | <input type="checkbox"/> |
| 17, 18: Herstellung v. Papier, Pappe u.
Waren daraus, Druckerzeugnissen,
Vervielfältigung v. elektrischen Medien | <input type="checkbox"/> | 47: Einzelhandel (ohne Handel mit Kfz) | <input type="checkbox"/> |
| 19 – 21: Kokerei u. Mineralölverarbeitung,
Herstellung v. chemischen u.
pharmazeutischen Erzeugnissen | <input type="checkbox"/> | 49 – 53: Verkehr, Lagerei u. Postdienste | <input type="checkbox"/> |
| 22, 23: Herstellung v. Gummi- u. Kunststoffwaren,
Glas- u. Glaswaren, Keramik,
Verarbeitung v. Steinen u. Erden | <input type="checkbox"/> | 55, 56: Gastgewerbe, Gastronomie | <input type="checkbox"/> |
| 24, 25: Metallerzeugung u. -bearbeitung,
Herstellung v. Metallerzeugnissen | <input type="checkbox"/> | 58 – 63: Information u. Kommunikation | <input type="checkbox"/> |
| 26, 27: Herstellung v. Datenverarbeitungsgeräten,
elektrischen u. optischen Erzeugnissen,
elektrische Ausrüstungen | <input type="checkbox"/> | 64 – 68: Finanz- u. Versicherungsdienstleistungen,
Grundstücks- u. Wohnungswesen | <input type="checkbox"/> |
| 28: Maschinenbau | <input type="checkbox"/> | 69 – 82: Freiberufliche, wissenschaftliche, techn.
u. sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen | <input type="checkbox"/> |
| 29, 30: Herstellung v. Kraftwagen u. -teilen,
Sonstiger Fahrzeugbau | <input type="checkbox"/> | 84: Öffentliche Verwaltung, Verteidigung,
Sozialversicherung | <input type="checkbox"/> |
| 31 – 33: Herstellung v. Möbeln, sonstigen
Waren, Reparatur u. Installation v.
Maschinen u. Ausrüstungen | <input type="checkbox"/> | 85: Erziehung u. Unterricht | <input type="checkbox"/> |
| | | 86 – 88: Gesundheits- u. Sozialwesen,
Heime, soziale Betreuung | <input type="checkbox"/> |
| | | 90 – 99: Kunst, Unterhaltung, sonstige
Dienstleistungen, private Haushalte,
exterritoriale Organisationen u.
Körperschaften | <input type="checkbox"/> |

1.2 Standorte/Betriebe, „ungelernte Beschäftigte“

Die Aktivitäten wurden an Standorten/Betrieben durchgeführt,

darunter [bitte die Anzahl einzutragen]

Standorte/Betriebe mit einem hohen Anteil an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung#

1.3 Anzahl Beschäftigte

an den betreuten Standorten/im betreuten Betrieb[#]

(bitte nur ein Kreuz setzen)

- 1 – 9
10 – 49
50 – 99
100 – 499
500 – 1499
1500 und mehr

1.4 Anteil der Frauen an den Beschäftigten

(bitte nur ein Kreuz setzen)

- 0 – 25%
26 – 50%
51 – 75%
76 – 100%

1.5 Die Aktivitäten fanden in den folgenden Bundesländern statt:

- | | | | |
|-------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Bundesweit | <input type="checkbox"/> | Meckl.-Vorp. | <input type="checkbox"/> |
| Baden-W. | <input type="checkbox"/> | Niedersachsen | <input type="checkbox"/> |
| Bayern | <input type="checkbox"/> | Nordrhein-Westf. | <input type="checkbox"/> |
| Bremen | <input type="checkbox"/> | Rheinl.-Pfalz | <input type="checkbox"/> |
| Berlin | <input type="checkbox"/> | Saarland | <input type="checkbox"/> |
| Brandenburg | <input type="checkbox"/> | Sachsen | <input type="checkbox"/> |
| Hamburg | <input type="checkbox"/> | Sachsen-Anhalt | <input type="checkbox"/> |
| Hessen | <input type="checkbox"/> | Schleswig-H. | <input type="checkbox"/> |
| | | Thüringen | <input type="checkbox"/> |

1.6 Start und Laufzeit der Aktivitäten:[#]

Start: / (Monat/Jahr)

Laufzeit: ca. _____ Monate

1.7 Status der Aktivitäten[#]

- im Betrieb: ja nein
noch laufend
- Mitwirkung der Krankenkassen: ja nein
noch laufend

2 Schwerpunktmäßige Zielgruppe

2.1 Die Aktivitäten richteten sich direkt an alle Beschäftigten

ja nein

Falls „ja“, gehen Sie bitte direkt zu Punkt 2.3 über.

2.2 Die Aktivitäten richteten sich an spezifische Zielgruppen im Betrieb, und zwar ...

Sie können eine oder mehrere Zielgruppen benennen, für die spezifische Aktivitäten durchgeführt wurden

Geschlechtsbezogen:

- Gleichermaßen an beide Geschlechter
- Speziell an weibliche Personen
- Speziell an männliche Personen

Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen

- belastete Gruppe(n)
- Ältere Arbeitnehmer
- Arbeitnehmer mit Migrationshintergrund[#]
- Auszubildende[#]

Hierarchiebezogen:

- Obere Führungsebene
- Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/
Teamleiter
- Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung ..
- Testgruppe zur modellhaften Erprobung
- Andere

2.3 Anzahl der erreichten Beschäftigten[#]

Mit den Aktivitäten wurden direkt angesprochen ca. _____ Beschäftigte
... davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte ca. _____

Die Aktivitäten hatten Auswirkung auf schätzungsweise weitere _____ Beschäftigte
... davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte ca. _____

3 Außerbetriebliche Kooperationspartner[#]

3.1 Es wurden außerbetriebliche Kooperationspartner eingebunden:

ja nein

Falls „nein“, gehen Sie bitte direkt zu Punkt 4 über.

3.2 Wenn ja, welche Kooperationspartner haben Ressourcen (personell, finanziell, sachlich) in die Aktivitäten der BGF eingebracht?

Sie können mehrere Kooperationspartner benennen

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Unfallversicherung* | <input type="checkbox"/> | Arbeitgeberverbände | <input type="checkbox"/> |
| Staatlicher Arbeitsschutz | <input type="checkbox"/> | Gewerkschaften | <input type="checkbox"/> |
| Gesundheitsämter* | <input type="checkbox"/> | Andere Vereine, Verbände | <input type="checkbox"/> |
| Niedergelassene Ärzte | <input type="checkbox"/> | Andere Krankenkassen | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen* | <input type="checkbox"/> | Wissenschaftliche Einrichtungen* | <input type="checkbox"/> |
| Öffentliche Verwaltung/Institutionen, Ministerien* | <input type="checkbox"/> | Sonstige gewerbliche Anbieter/Unternehmen* | <input type="checkbox"/> |
| | | Andere | <input type="checkbox"/> |

4 Koordination und Steuerung

4.1 Es gibt eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur (z. B. Arbeitskreis Gesundheit, Arbeitsschutzausschuss) ja nein

4.2 Im Steuerungsgremium sind vertreten:

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Betriebs-/Personalrat | <input type="checkbox"/> | Vertreter der Krankenkassen | <input type="checkbox"/> |
| Betriebsarzt | <input type="checkbox"/> | Vertreter der Unfallversicherung | <input type="checkbox"/> |
| Entscheidungsebene* | <input type="checkbox"/> | Externe Kooperationspartner | <input type="checkbox"/> |
| Sicherheitsfachleute | <input type="checkbox"/> | Andere | <input type="checkbox"/> |
| Mitarbeiter | <input type="checkbox"/> | | |
| Mittlere Führungskräfte | <input type="checkbox"/> | | |

4.3 Wie wurde die Vereinbarung mit dem Betrieb zur Durchführung von Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung abgeschlossen?

- schriftlich
- mündlich

5 Bedarfsermittlung

Seit Beginn der Gesundheitsförderungsaktivitäten wurden die folgenden Schritte zur Bedarfsermittlung unternommen (Mehrfachnennungen sind möglich):

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Betriebs-/Arbeitsplatzbegehung | <input type="checkbox"/> | Auswertung von Routedaten der Krankenkassen* | <input type="checkbox"/> |
| Arbeitssituationserfassung | <input type="checkbox"/> | Screening, medizinische Untersuchung* | <input type="checkbox"/> |
| Bewegungsanalyse am Arbeitsplatz | <input type="checkbox"/> | Fähigkeitstests* | <input type="checkbox"/> |
| Belastungs- und Gefährdungsermittlung | <input type="checkbox"/> | Dokumenten-/Literaturrecherchen | <input type="checkbox"/> |
| Befragung d. Zielgruppe/Mitarbeiterbefragung# | <input type="checkbox"/> | Sonstiges | <input type="checkbox"/> |
| Expertenbefragung# | <input type="checkbox"/> | | |

6 Gesundheitszirkel#

Wurden Gesundheitszirkel durchgeführt? *ja* *Anzahl:* *nein*

7 Intervention#

7.1 Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten

Die verhältnis- und/oder verhaltensbezogenen Aktivitäten betrafen die folgenden Präventionsprinzipien: (Bitte Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich)

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Angebote zur Reduktion körperlicher Belastungen* | <input type="checkbox"/> | Angebote zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung | <input type="checkbox"/> |
| Angebote zur gesundheitsgerechten Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung) | <input type="checkbox"/> | Förderung des Nichtrauchens | <input type="checkbox"/> |
| Angebote zum Stressmanagement* | <input type="checkbox"/> | „Punktnüchternheit“ bei der Arbeit | <input type="checkbox"/> |
| | | Sonstiges | <input type="checkbox"/> |

7.2 Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten#

Seit Beginn der Gesundheitsförderungsaktivitäten wurden durchgeführt:

Verhältnisbezogene Aktivitäten:*

Aktivitäten zur gesundheitsförderlichen Umgestaltung des *Arbeitsumfelds*, der *Strukturen* und/oder von *Arbeitsabläufen* im Setting

ja *nein*

Verhaltensbezogene Aktivitäten:*

Den Zielgruppen wurden gesundheitsbezogene Informationen und/oder praktische Fertigkeiten, Handlungs-, Entscheidungs- oder Selbstwahrnehmungskompetenzen vermittelt

ja *nein*

Art der Umgestaltung:

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Veränderung der Arbeits-/Betriebsorganisation* ... | <input type="checkbox"/> | Informations- und Kommunikationsstrukturen*. | <input type="checkbox"/> |
| Verbesserung von Umgebungsbedingungen* | <input type="checkbox"/> | Soziale Angebote und Einrichtungen* | <input type="checkbox"/> |
| Persönliche Maßnahmen zum Arbeitsschutz, Reduktion von Unfall-/Infektionsgefahren* | <input type="checkbox"/> | Spezielle Angebote zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben* | <input type="checkbox"/> |
| Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungsspielräumen/ Verantwortlichkeiten | <input type="checkbox"/> | Andere, | <input type="checkbox"/> |
| | | und zwar: _____ | |

7.3 Die verhältnis- bzw. verhaltensbezogenen Aktivitäten erfolgten mittels folgender ... #

Methoden:

- Arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung*
- Gruppenschulung und -beratung/ Kursprogramme*
- Seminare (Rollenspiel etc.)
- Vortrag, Tagung
- Individuelle Beratung
- Organisationsberatung, -entwicklung
- Gesundheitstage, -wochen
- Fremdsprachige Angebote

Medien:

- Video, Foto, Overhead, Beamer etc.
- Übungsmanuale/ Arbeitsunterlagen *
- Anschauungsmaterial/Modelle*
- Faltblätter, Broschüren
- Ausstellungen, Plakate
- Internet/Intranet
- Betriebszeitung
- Sonstiges

8 Erfolgskontrolle#

8.1 Seit Beginn der Aktivitäten wurde mindestens eine Erfolgskontrolle durchgeführt:

- ja nein

Falls "nein": Bitte beantworten Sie noch 8.3

8.2 Die Erfolgskontrolle bezog sich auf:

(Sie können mehrere Inhalte ankreuzen. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an)

- | | |
|--|---|
| Strukturen <input type="checkbox"/> | Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention <input type="checkbox"/> |
| Abläufe <input type="checkbox"/> | Zufriedenheit des Arbeitgebers mit der Intervention <input type="checkbox"/> |
| Verhaltensparameter* <input type="checkbox"/> | Bekanntheitsgrad der Intervention im Betrieb <input type="checkbox"/> |
| Kompetenzen* <input type="checkbox"/> | Kooperation, Netzwerkbildung mit anderen Betrieben bzw. außerbetriebl. Instanzen <input type="checkbox"/> |
| Subjektive Einschätzung der Gesundheit und Funktionalität <input type="checkbox"/> | Verstetigung der Intervention (Dauereinrichtung) <input type="checkbox"/> |
| Gesundheitsparameter* <input type="checkbox"/> | Streuung von Programmen# <input type="checkbox"/> |
| Krankenstand <input type="checkbox"/> | Anderes <input type="checkbox"/> |
| Gesundheitsökonomische Analyse* <input type="checkbox"/> | |
| Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme <input type="checkbox"/> | |

8.3 Es wurde keine Erfolgskontrolle durchgeführt:

- Eine solche ist noch vorgesehen
 nicht vereinbart

Tabellenband

Über den Präventionsbericht hinausgehende Auswertungen können dem Tabellenband entnommen werden, der von der Website des MDS heruntergeladen werden kann (www.mds-ev.de, Weiterklicken: Dokumente & Formulare, Gesundheit/Krankheit/Prävention).

Arbeitsgruppe für Datenzusammenführung, Auswertung und Interpretation

Mandy Handschuch, GKV-Spitzenverband, Berlin

Diana Hart, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

Georg Hensel, IKK classic

Regina Herdegen, AOK-Bundesverband, Berlin

Caroline Jung, MDS, Essen

Ulrike Kiehl, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Kassel

Karin Niederbühl, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

Nadine Schempp, MDS, Essen

Karin Schreiner-Kürten, GKV-Spitzenverband, Berlin

Jan Seidel, MDS, Essen

Claudia Isabelle Stahlhut, Knappschaft, Bochum

Dr. Harald Strippel M. Sc., MDS, Essen

Anke Tempelmann, AOK-Bundesverband, Berlin

Waltraud Wagner, IKK e. V., Berlin

Dr. Volker Wanek, GKV-Spitzenverband, Berlin

Jürgen Wolters, BKK Bundesverband, Essen



Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon: 030 206288-0
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de



MDS, 45116 Essen
Telefon: 0201 8327-0
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de